

**Universitat de Lleida**

# **Seguimiento del tratamiento no farmacológico de los hipertensos del CAP Eixample de Lleida**

**Realizado por:** Laida Ramada Barbier

**Tutorizado por:** M<sup>a</sup> Luisa Guitard Sein-Echaluze

**Facultad de Enfermería y Fisioterapia**

Grado en Enfermería

Trabajo Final de Grado

Curso 2017-2018

Mayo de 2018

## RESUMEN

### Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es un problema de salud pública a nivel mundial debido a su elevada prevalencia, al riesgo cardiovascular (CV) que provoca y a su alta tasa de mortalidad. Actualmente, a pesar de haber varias opciones de tratamiento como el farmacológico y/o las medidas higiénico-dietéticas, hay un bajo control de la presión arterial (PA), además de que a menudo se reemplaza directamente el tratamiento no farmacológico por el farmacológico. A todos los hipertensos se les debe recomendar realizar modificaciones en su estilo de vida, como reducir el consumo de alcohol y sal, restringir el consumo de tabaco, aumentar el consumo de frutas y verduras y realizar ejercicio físico, independientemente de que se comience o no a tratar con fármacos.

### Objetivo

El objetivo de este proyecto es optimizar el cumplimiento del tratamiento no farmacológico de los hipertensos del CAP Eixample de Lleida.

### Métodos

Se propone llevar a cabo una intervención en la que se realicen charlas y actividades con el fin de que los pacientes tengan conocimientos adecuados sobre cómo llevar una vida saludable, cómo puede afectar negativamente en su salud el hecho de que no la sigan y ayudarles a realizar los cambios necesarios. Además, incluirá el uso de una APP.

### Conclusiones

A pesar de ser un problema de salud muy importante, es potencialmente modificable, es decir, se puede incidir sobre la HTA. Además, hay numerosos estudios y guías de práctica clínica, pero sigue habiendo muchos pacientes mal controlados, por lo que la educación sanitaria es de vital importancia para que los hipertensos estén bien controlados y conozcan su enfermedad.

**Palabras clave:** hipertensión arterial, tratamiento no farmacológico, intervenciones educativas.

## RESUM

### Introducció

La hipertensió arterial (HTA) és un problema de salut pública a nivell mundial a causa de la seva elevada prevalença, al risc cardiovascular (CV) que provoca i a la seva alta taxa de mortalitat. Actualment, malgrat haver-hi diverses opcions de tractament com el farmacològic o les mesures higiènic-dietètiques, hi ha un baix control de la pressió arterial (PA), a més de que sovint es reemplaça directament el tractament no farmacològic pel farmacològic. A tots els hipertensos se'ls ha de recomanar realitzar modificacions en els seus estils de vida, com reduir el consum d'alcohol i sal, restringir el consum de tabac, augmentar el consum de fruites i verdures i realitzar exercici físic, independentment del tractament farmacològic.

### Objectiu

L'objectiu d'aquest projecte és optimitzar el compliment del tractament no farmacològic dels hipertensos del CAP Eixample de Lleida.

### Mètodes

Es proposa dur a terme una intervenció en la qual es realitzin xerrades i activitats amb la finalitat de que els pacients tinguin coneixements adequats sobre com portar una vida saludable i com pot afectar negativament en la seva salut, el fet de no seguir-los i ajudar-los a realitzar els canvis necessaris. A més, inclourà l'ús d'una APP.

### Conclusions

Malgrat ser un problema de salut molt important, és potencialment modificable, és a dir, es pot incidir sobre la HTA. Hi ha nombrosos estudis i guies de pràctica clínica, però segueix havent-hi molts pacients mal controlats, per la qual cosa l'educació sanitària és de vital importància perquè els hipertensos estiguin ben controlats i coneguin la seva malaltia.

**Paraules clau:** hipertensió arterial, tractament no farmacològic, intervencions educatives.

## **ABSTRAC**

### Introduction

The high blood pressure is a global public health problem due to its high prevalence, cardiovascular risk and high mortality rate. Currently, despite several treatment options such as pharmacological and/or hygienic-dietary measures, there is a low blood pressure control (PA), in addition to the fact that the non-pharmacological treatment is often directly replaced by the pharmacological. All hypertensive people should be recommended to make lifestyle changes, such as reducing alcohol and salt consumption, restricting tobacco use, increasing consumption of fruits and vegetables and exercising, regardless of the use of medicine to treat hypertension.

### Objective

The aim of this project is to optimize the compliance with the non-pharmacological treatment of hypertensive patients in the CAP Eixample of Lleida.

### Methods

It is proposed to carry out an intervention in which lectures and activities are conducted so that patients have adequate knowledge of how to lead a healthy life. Additionally, it will warn patients about the risks of leading an unhealthy life and it will help them make the necessary changes in their lives. It will also include the use of an APP.

### Conclusions

In spite of being a very important health problem, it is potentially modifiable. In other words, it can have influence on the HTA. In addition, there are numerous studies and guidelines for clinical practice, but there are still many poorly controlled patients, so health education is vitally important for hypertensive people to be well controlled and to know about their disease.

**Keywords:** arterial hypertension, non-pharmacological treatment, educational interventions.

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	7
1.1. DEFINICIÓN DE LA HTA Y CATEGORÍAS.....	7
1.2. PREVALENCIA DE LA HTA .....	8
1.3. DIAGNÓSTICO DE LA HTA .....	9
1.4. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA HTA.....	11
1.5. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LA HTA .....	12
1.5.1. Dieta.....	12
1.5.2. Tabaco .....	13
1.5.3. Ejercicio físico .....	14
1.5.4. Control de peso.....	15
1.6. GUÍAS PARA EL CONTROL Y TRATAMIENTO DE LA HTA .....	15
1.7. INTERVENCIONES EDUCATIVAS PARA EL MANEJO DE LA HTA .....	23
1.7.1. CONTACTO CON EXPERTOS .....	26
1.8. JUSTIFICACIÓN.....	28
2. OBJETIVOS .....	29
2.1. Objetivo general.....	29
2.2. Objetivos específicos .....	29
3. INTERVENCIÓN .....	30
3.1. DESTINATARIOS DE LA INTERVENCIÓN .....	30
3.2. CONTEXTO DE DESARROLLO .....	30
3.3. RESPONSABLES DE LA INTERVENCIÓN .....	31
3.4. CAPTACIÓN DE PROFESIONALES.....	32
3.5. CONTENIDO DE LA INTERVENCIÓN.....	33
3.6. MATERIAL NECESARIO Y RECURSOS .....	39
3.7. CALENDARIO.....	42
4. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN.....	43
5. DISCUSIÓN.....	46
6. CONCLUSIONES.....	48

7. BIBLIOGRAFÍA.....	49
8. ANEXOS.....	53
□ Anexo I: tratamiento farmacológico para pacientes con HTA.....	53
□ Anexo II: Dieta Mediterránea .....	54
□ Anexo III: dieta DASH.....	55
□ Anexo IV: cuestionario “Estilo de Vida Saludable”.....	56
□ Anexo V: encuesta de satisfacción .....	59
□ Anexo VI: cuestionario “¿Cuál es tu consumo?”.....	60
□ Anexo VII: cuestionario “Cuánto bebo” .....	63

## 1. INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es la elevación de la presión arterial sistólica (PAS) por encima de 140 mmHg y de la presión arterial diastólica (PAD) por encima de 90 mmHg de manera continua (1). Esta se asocia con un riesgo elevado de morbilidad y mortalidad cardiovascular, por lo que disminuyendo la presión arterial (PA) de estos pacientes se reduce de manera significativa el riesgo cardiovascular (CV) y, por consiguiente, la tasa de mortalidad. Es por eso que identificar a las personas hipertensas y que lleven un buen control para evitar complicaciones es uno de los objetivos principales y más importantes de los sistemas de salud (2).

En España hay una alta prevalencia de hipertensión, además de que el grado de conocimiento y control de la misma son bajos (2). El tratamiento de la HTA puede ser farmacológico y no farmacológico, y aunque se haya demostrado que este último (cambios en los estilos de vida) es muy beneficioso, a menudo se reemplaza directamente por el farmacológico. Lo cierto es que diferentes escuelas y consensos están de acuerdo en los beneficios que traen los cambios del estilo de vida para tratar la HTA, pero en la práctica médica en ocasiones no se le da la importancia que tiene. El manejo y la prevención de la hipertensión implican educación sobre su detección precoz y hábitos saludables, que pueden ser resueltos mediante educación sanitaria en el ámbito comunitario con estrategias como limitar el consumo de sal, disminuir el consumo de alcohol, estar y mantenerse en el peso adecuado, realizar ejercicio físico o aumentar el consumo de frutas, verduras y productos lácteos desnatados (3).

Por todo lo mencionado se quiere hacer una revisión sobre el cumplimiento del tratamiento no farmacológico en los pacientes hipertensos del CAP Eixample de Lleida, con el fin de mejorar las cifras de la tensión arterial (TA), reducir el tratamiento farmacológico y mejorar el control de la HTA en la medida de lo posible mediante una intervención para cumplir con los objetivos propuestos en este trabajo.

### 1.1. DEFINICIÓN DE LA HTA Y CATEGORÍAS

Está considerada HTA cuando en personas mayores de 18 años que no reciben tratamiento farmacológico hay una elevación permanente de las cifras de TA en consulta, siendo igual o mayor de 140 mmHg la PAS e igual o mayor de 90 la PAD. A

continuación se muestra en la tabla 1 la clasificación de HTA según valores de PAD y PAS (4):

Tabla 1: Clasificación de HTA

<b>Categoría</b>	<b>PAS (mmHg)</b>	<b>PAD (mmHg)</b>
Estadio/grado 1	140-159	90-99
Estadio/grado 2	160-179	100-109
Estadio/grado 3	≥180	≥110

Fuente: S Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services. Baltimore: 2002

En los pacientes que se encuentran en las categorías 2 y 3 la frecuencia de visitas mencionada es suficiente, mientras que en pacientes en categoría 1 se recomienda realizar al menos dos consultas adicionales en las cuatro semanas posteriores y tener en cuenta todas las mediciones con el fin de obtener un mejor diagnóstico (4).

Cabe mencionar la hipertensión sistólica aislada, que sucede cuando la PAS es mayor a 140 mmHg y la PAD es menor a 90 mmHg; se clasifica teniendo en cuenta los valores de la PAS en las categorías mencionadas en la tabla (4).

## 1.2. PREVALENCIA DE LA HTA

Según la OMS (5), las enfermedades cardiovasculares causan unas 17 millones de muertes al año; entre ellas, las complicaciones de la HTA provocan 9,4 millones de muertes anualmente, y también es la causa de al menos el 45% de los fallecimientos por cardiopatías. Canadá es el país (6) con menos prevalencia de HTA, 29.7%, seguido de Corea con un 29.8% y de Estados Unidos con un 29.9%; una menor cantidad de hipertensos en EEUU es debido a que tiene una edad media inferior a la de España. Camboya, Australia, Nueva Zelanda, Nueva Guinea, Tailandia, Perú, Dinamarca, Suiza o Bélgica son países en los que la prevalencia está por debajo del 35%. Y países de Europa Occidental excepto Irlanda, Noruega, Portugal y Finlandia, tienen una prevalencia menor al 40%. Al contrario que África, ya que es el continente que tiene las cifras de tensión más elevadas. Todos los países exceptuando Egipto tienen cifras de HTA entre el 40-50% de la población; los países con mayor prevalencia son Nigeria con el 52.3% y Mozambique con el 50.9%. Y lo cierto es que varios estudios ya han demostrado que la población de raza negra (por razones



genéticas) es más hipertensa, la prevalencia es mayor y la hipertensión más resistente.

La Fundación Española del Corazón (FEC) ya anunciaba en 2013 (6) que la HTA cada año provoca 7,5 millones de muertes, lo que se traduce en el 13% de fallecimientos que se producen a nivel mundial; de hecho, 17,3 millones de personas (7) murieron en 2008 a causa de enfermedades cardiovasculares, fueron la primera causa de muerte en España en 2010 y la segunda en Cataluña en 2009 (después de los tumores) (8). Además, el estudio CARDIOTENS II (9) afirma que el 71.3% de los pacientes que acuden al servicio de cardiología son hipertensos, y en atención primaria la cifra es del 40%. En España (6) ya son más de 11 millones de personas las que padecen HTA, siendo más prevalente en hombres que en mujeres (10), y en Cataluña (8) el 23,6% de la población la padece; aunque esta prevalencia es media si se compara con otros países (6), sigue siendo un número muy elevado. Lo cierto es que la edad es uno de los principales factores de riesgo, lo que explica que entre un 60-65% de los mayores de 60 años padezca HTA (2,6). La progresión del envejecimiento de la población que hay en los países occidentales, entre ellos España, hará que el número de personas hipertensas siga creciendo. El Dr. Enrique Galve, presidente de la Sección de Riesgo Vascular y Rehabilitación Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología (SEC), recalca la importancia de la prevención y el control periódico de la hipertensión, ya que un tercio de los hipertensos no saben que lo son y otro tercio llevan un mal control (6).

En el año 2012 se publicó el estudio Di@bet.es (12), que analizó una muestra de 5.048 adultos >18 años y que se llevó a cabo con el objetivo de conocer mejor los factores de riesgo cardiovascular entre los adultos de España; según este, el 42.6% de la población adulta es hipertensa. La prevalencia es mayor en hombres (49.9%), prediabéticos (67.9%) y diabéticos (79.4%) que en mujeres (37.1%). Además hay un 37.4% de hipertensos no diagnosticados, de los ya diagnosticados el 88.3% toma tratamiento y solamente el 30% tiene la presión controlada. Al analizar estos datos los autores llegaron a la conclusión de que el control de la HTA en España es bajo y se debe hacer más hincapié en la prevención, detección y tratamiento de la HTA.

### 1.3. DIAGNÓSTICO DE LA HTA

Para diagnosticar a un paciente de HTA hay que determinar la PA en consulta. Las condiciones de la toma pueden ser variables ya que hay factores relacionados con el paciente, el observador, el medio y el aparato que pueden modificar las cifras finales.

Sin embargo, para que las condiciones sean óptimas el sanitario deberá asegurarse de que el paciente esté en reposo al menos 5 minutos antes de tomar la TA (se repetirá la toma al final de la consulta en caso de que fuera necesario). La posición del paciente debe ser cómoda, sentado con la espalda apoyada y con el brazo relajado (sin ropa que pueda oprimir) encima de la mesa con la palma de la mano hacia arriba. La habitación donde se vaya a realizar la medición debe ser tranquila y estar a una temperatura adecuada; se deben evitar la ansiedad, el fumar y realizar esfuerzos previamente, el dolor, la distensión vesical y tomar alimentos media hora antes. Los errores más habituales a la hora de tomar la tensión son el uso de manguitos estrechos para brazos obesos, falta de reposo previo, desinflado rápido y redondear las cifras obtenidas al cero o al cinco. Una vez revisado todo lo mencionado, la presión arterial (PA) elevada debe confirmarse de manera que se realicen dos mediciones en las que en cada una se tome la TA dos veces con una semana de diferencia en cada visita, excepto en caso de PAS  $\geq 180$  mmHg o PAD  $\geq 110$  mmHg, que se deberá actuar de forma inmediata. Se diagnostica HTA si la media de las cifras es superior a las señaladas (4).

A pesar de realizar correctamente la toma de la PA, hay ocasiones en las que el mismo hecho de tomarla por el profesional o por el medio sanitario puede provocar una reacción de alerta en el paciente llamada hipertensión de bata blanca; sin embargo, el paciente está normotenso con MAPA y AMPA (4).

Con el fin de disminuir las limitaciones a la hora de determinar la PA hay diferentes estrategias que pueden ayudar a superar el efecto de bata blanca (4):

- Automedidas domiciliarias de la presión arterial (**AMPA**): cuando es el propio paciente o su familia el que realiza las medidas de PA en el domicilio. Está indicada en caso de sospecha de fenómeno de bata blanca o HTA de bata blanca, sospecha de hipotensión en pacientes tratados con fármacos, cuando se requiera un control estricto de las cifras de PA de algún paciente y cuando haya una mejora de adherencia al tratamiento y control de la PA en ciertos pacientes.
- Monitorización ambulatoria de la presión arterial (**MAPA**): cuando las medidas son realizadas mediante dispositivos automatizados en intervalos reprogramados y a lo largo de la actividad diaria de una persona, que normalmente es de 24 horas. Está indicada en caso de sospecha de hipotensión en pacientes tratados con fármacos, HTA resistente al tratamiento

farmacológico y como guía para determinar si es eficaz el tratamiento farmacológico a lo largo de 24 horas.

#### 1.4. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA HTA

Hoy en día hay una amplia variedad de fármacos antihipertensivos, que se compone por diferentes familias y diversos mecanismos de acción. A la hora de pautar un tipo de fármaco u otro se deben tener en cuenta varios parámetros, como el coste, efectividad, efectos adversos, tolerancia e impacto en la calidad de vida del paciente además de las enfermedades asociadas, que en estos casos se pautarán los medicamentos teniéndolas en cuenta (13) (ver anexo I).

En las siguientes situaciones es cuando se recomienda iniciar el tratamiento farmacológico: pacientes en estadio 2 y 3, personas mayores de 80 años sin fragilidad (>160/90 mmHg) y pacientes en estadio 1 con afectaciones coronarias, diabéticos, lesión en órganos diana y enfermedad cardiovascular (14).

Estos son los fármacos más utilizados para tratar la hipertensión (14):

- **Diuréticos:** su acción hace que se elimine una mayor cantidad de sales y agua a través de los riñones; de esta manera la presión disminuye ya que los vasos sanguíneos llevan un volumen de líquido menor. Un ejemplo sería la hidroclorotiazida o la espironolactona.
- **Betabloqueantes:** disminuyen la frecuencia cardíaca, y así disminuye la PA, además protegen al corazón de las hormonas del estrés. Por ejemplo el atenolol o metoprolol.
- **Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA):** la proteína ECA participa en la producción de la hormona angiotensina II, la cual eleva la PA. Al bloquear su acción, la presión disminuye. Por ejemplo enalapril, captopril o ramipril.
- **Antagonistas del calcio:** bloquean los canales del calcio ya que este incrementa la tensión de los vasos sanguíneos. Algunos ejemplos son el verapamilo, el nifedipino y el amlodipino.

- **Antagonistas de los receptores de angiotensina (ARA II):** bloquean los receptores de la hormona angiotensina II, que es vasoconstrictora. Por ejemplo losartán, valsartán y candesartán.

Sin embargo, el tratamiento no farmacológico se debe proponer a absolutamente todos los pacientes hipertensos, independientemente de que se comience o no con el tratamiento farmacológico (14).

### 1.5. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LA HTA

Realizar cambios en el estilo de vida es primordial para prevenir la HTA. Aunque también son importantes para el tratamiento, no se debe retrasar el inicio del tratamiento farmacológico en pacientes que tengan un riesgo alto. Aun así, lo cierto es que varios estudios ya han demostrado que los efectos que produce en los niveles de PA el hecho de cambiar el estilo de vida son equiparables al tratamiento con un medicamento; un inconveniente de este cambio es que tiene un bajo nivel de adherencia a largo plazo, lo que requiere especial atención en atención primaria (AP) (15,17).

Cambiar el estilo de vida puede prevenir o retrasar de manera eficaz y segura la HTA en pacientes no hipertensos, retrasar o prevenir el tratamiento farmacológico en pacientes con HTA en estadio 1 y reducir la PA en hipertensos con tratamiento farmacológico, lo que reduce el número y la dosis de antihipertensivos. Además también contribuyen al control de los factores de riesgo CV (15,17).

#### 1.5.1. Dieta

Se aconseja el consumo habitual de hortalizas, productos lácteos desnatados, consumo de fibra, cereales integrales y proteínas de origen vegetal ya que tienen menor contenido de grasas saturadas y colesterol. También es muy recomendable la fruta fresca, pero siempre teniendo precaución en pacientes con sobrepeso por su alto contenido de hidratos de carbono, que favorece el aumento de peso. Es bueno el consumo de pescado al menos dos veces por semana y 4-5 piezas de fruta y verdura al día (15). Respecto al café, no se prohíbe su consumo pero sí se recomienda no superar las tres tazas al día ya que, aunque en menor medida que otros factores, aumenta las cifras de PA (12,16).

La dieta mediterránea (ver anexo II) está totalmente recomendada en estos casos por su efecto cardioprotector. Cabe mencionar que en pacientes hipertensos la dieta saludable debe complementarse con el ejercicio físico y la pérdida de peso, ya que de esta manera se obtienen mejores resultados y se consigue un mayor descenso de las cifras de PA que llevando a cabo solo una dieta saludable (15).

Respecto a la sal, en numerosos países su consumo ronda los 9-12 g/día, pero se ha demostrado que el hecho de reducir el consumo a 5 g/día reduce la PAS moderadamente (1-2 mmHg) en personas normotensas, mientras que en hipertensos la reduce de manera más significativa (4-5 mmHg). De hecho, varios estudios han demostrado que si una persona reduce el consumo de sal a 5 g/día, los accidentes cerebrovasculares se reducirían un 23%, mientras que las enfermedades CV lo harían en un 17%, lo que se traduce en una prevención de cuatro millones de muertos cada año en todo el mundo (16).

Es por eso que se recomienda realizar (como mucho) una ingesta diaria de sal de 5-6 g; esta restricción podría disminuir el número y dosis de fármacos antihipertensivos. Sin embargo, que se reduzca de manera efectiva el consumo de sal no es tan sencillo, por ello es necesario e importante tanto informar como aconsejar sobre los alimentos que pueden contener sal añadida o tienen un alto contenido de sal, ya que el 80% de los alimentos la contienen de manera “oculta” (15).

En cuanto al consumo de alcohol, beber 30 g de alcohol (como máximo) por día podría disminuir 2-4 mmHg las cifras de TA, y aunque el consumo moderado no es nocivo, lo recomendable sería que los hipertensos no bebedores mantuvieran la abstinencia, y que aquellos que acostumbran a beber redujeran la ingesta diaria. Además, consumir alcohol de manera excesiva provoca elevación tanto de la PA como del riesgo de padecer un ictus. Por ello el consumo semanal que se aconseja es de un máximo de 140 g en hombres (20-30 g al día) y 80 g en mujeres (10-20 g al día) (15,17).

#### 1.5.2. Tabaco

El tabaco produce un aumento agudo de la PA y la frecuencia cardíaca que persiste durante más de 15 minutos después de haber fumado (consecuencia de la estimulación del sistema nervioso simpático). Además, aparte del impacto que tiene en los valores de la PA, el tabaco es un importante factor de riesgo CV, por lo que dejarlo es probablemente de las medidas más eficaces en los cambios en el estilo de vida para prevenir enfermedades cardiovasculares, como ictus o infarto agudo de miocardio

(IAM); por eso es tan importante e imprescindible dar consejos antitabaco en consulta, así como reforzar las actuaciones y dedicar tiempo a este tema (3,12,15,17).

### 1.5.3. Ejercicio físico

A los pacientes hipertensos se les debe orientar y motivar a realizar ejercicio físico regularmente con el fin de mejorar las cifras de PA y disminuir los factores de riesgo CV (15). El ejercicio en este tipo de pacientes ha demostrado ser muy eficaz: los hipertensos que son activos físicamente tienen una menor tasa de mortalidad que los hipertensos sedentarios (18). De hecho, practicar ejercicio físico regular previene o retrasa la aparición de HTA, y disminuye los valores en personas que ya la padecen (16). Además todos los ejercicios aeróbicos son adecuados para este tipo de pacientes, recomendando (lo mínimo exigido) realizar ejercicio 30-45 minutos al menos cinco días a la semana (3).

Durante el ejercicio aeróbico, la PAS de los hipertensos llega a cifras más altas que la de las personas normotensas ya que parten de cifras de base más elevadas. En cambio la PAD aumenta ligeramente o incluso puede no variar porque tienen una respuesta vasodilatadora alterada. Lo cierto es que tras una sesión de 30-45 minutos de ejercicio moderado, la PAS disminuye de 10-20 mmHg en personas con HTA. Esta respuesta dura unas tres horas, aunque puede llegar a durar nueve. Además del efecto terapéutico, el ejercicio aeróbico regular también produce efectos preventivos para reducir la incidencia de hipertensión (19).

El ejercicio que se recomienda a personas con PA normal-alta e hipertensos en estadio I es similar al de los adultos sanos: actividades aeróbicas que movilicen grandes grupos musculares, como podría ser caminar, correr, nadar, andar en bicicleta y cualquier actividad que se pueda mantener durante periodos prolongados de tiempo. El ejercicio aeróbico a intensidades relativamente bajas disminuye la PA tanto o más que el ejercicio a intensidades más altas, lo que resulta muy útil en personas con mala forma física, con otras patologías crónicas o personas mayores (19).

Por lo tanto, aunque se debe recomendar la realización de ejercicio físico a todo paciente hipertenso, es necesario que la cantidad y el tipo se individualicen teniendo en cuenta la edad, las preferencias, el entrenamiento previo y la presencia o no de otras patologías del paciente, así como sus limitaciones. También es importante recalcar que si además de realizar ejercicio se sigue una dieta saludable se logran mayores efectos y mejores resultados (3).

Por último, es importante recalcar que el ejercicio físico regular produce beneficios tanto en la calidad de vida como en la salud, lo que reduce el riesgo de HTA hasta un 40%, y que un bajo nivel de actividad puede suponer mayor riesgo de mortalidad que la obesidad moderada; por lo tanto, las personas activas con mayor sobrepeso tienen menor riesgo que personas inactivas con sobrepeso moderado (17).

#### 1.5.4. Control de peso

La HTA está muy relacionada con el exceso de peso, por lo que la pérdida del mismo normalmente va acompañada de un descenso de las cifras de PA. Se recomienda siempre bajar de peso a los hipertensos con obesidad o sobrepeso con el fin de controlar los factores de riesgo (15).

Estudios han demostrado que adelgazar 5-6 kg modifica el metabolismo y produce un impacto tanto en el aparato cardiovascular como en el osteomuscular; de hecho, adelgazar 3 kg produce una disminución de 4-7 mmHg de la PA en hipertensos (3). Aun así no por norma cada paciente debe adelgazar el mismo número de kg, cada caso es diferente.

Lo ideal sería que el paciente tuviera un índice de masa corporal (IMC) entre 19-25 (3). Sin embargo, como ya se ha mencionado, se debe individualizar puesto que cada paciente es diferente y hay casos en los que se debe ir progresivamente ya que se deben realizar cambios, y no se pueden cambiar unos hábitos de manera tan repentina; se deben poner objetivos realistas de una visita a otra.

El conjunto de llevar una buena alimentación y realizar ejercicio físico muchas veces es la clave para bajar de peso, y estos hábitos ayudan no solo a reducir la HTA o controlar las cifras de PA, sino también a llevar una vida saludable y a prevenir o controlar enfermedades como la diabetes o hiperlipidemia.

#### 1.6. GUÍAS PARA EL CONTROL Y TRATAMIENTO DE LA HTA

Hoy en día existen muchas guías, consensos e informes sobre manejo y control de la HTA. Lo cierto es que a lo largo de los años han sido publicadas actualizaciones de muchos de los documentos más importantes, debido al impacto que produjeron entre el personal sanitario con el fin de incorporar los últimos avances en este ámbito. Sin embargo hay diferencias entre varios autores a la hora de llevar a cabo algunas

intervenciones o en cuanto al tratamiento (20). A continuación se explicarán intervenciones que proponen guías sobre HTA diseñadas en diferentes países.

- En el año 2011 se actualizó la guía NICE (the National Institute for Health and Clinical Excellence), del Reino Unido (21). Lo cierto es que para diagnosticar HTA en primer lugar se mide la TA en ambos brazos; si entre las cifras hay una diferencia de más de 20 mmHg, estas se deben repetir y si sigue habiendo esa diferencia, las próximas medidas se harán en el brazo que haya dado la cifra más elevada. Si en consulta la PA es  $\geq 140/90$ , se tomará por segunda vez al cabo de unos minutos, y si esta segunda toma es bastante diferente a la primera entonces se tomará una tercera vez. Para confirmar el diagnóstico se realizará MAPA, y AMPA en caso de que el paciente no lo tolere; a su vez se harán pruebas para descartar daño orgánico y se valorará el riesgo CV.

Si no se diagnosticara HTA los pacientes deberán realizarse controles al menos cada cinco años, excepto si la PA en consulta es cercana a 140/90 mmHg, que entonces se realizarán más frecuentemente, individualizando cada caso (21).

En primer lugar se propondrán cambios en los estilos de vida como tratamiento: se les pregunta sobre dieta y ejercicio físico, así como también se les ofrecen materiales que promueven estilos de vida; se les pregunta sobre consumo de alcohol y tabaco y se aconseja abandono o reducir consumo, también del café y productos con cafeína; se les recomienda disminuir el consumo de sal y no se ofrecen suplementos de calcio, magnesio o potasio para reducir la PA; se les informa sobre iniciativas locales como equipos sanitarios u organizaciones de pacientes, las cuales promocionan cambios en el estilo de vida y brindan apoyo; también se contempla la posibilidad de que acudan a terapias de relajación ya que ayuda a disminuir los niveles de PA, pero no se recomienda que el personal sanitario proporcione esta opción de manera rutinaria (21).

Se iniciará tratamiento farmacológico en los siguientes casos: pacientes  $< 80$  años en estadio I de HTA con daño en órgano diana, patología CV, enfermedad renal, diabetes y/o 20% o más riesgo CV; pacientes en estadio II, independientemente de la edad. En pacientes  $< 40$  años en estadio I sin evidencia de daño orgánico, patología CV, renal o diabetes se debe considerar la evaluación por parte de otro especialista por causa secundaria de HTA (21).



- En la Guía de Hipertensión Arterial de las Sociedades Europeas de Hipertensión y Cardiología (22) tiene como primera opción de tratamiento los cambios en el estilo de vida (abandono del tabaco, ejercicio físico, alimentación y pérdida de peso, entre otros) y no solo a los hipertensos, sino que estas medidas se recomiendan a todos los pacientes, incluyendo a los que tienen la TA normal-alta. Es recomendable que estos consejos sean dados por profesionales especialmente cualificados y que se realicen refuerzos de manera periódica; sin embargo, estos consejos no deben ser razón para retrasar el inicio del tratamiento farmacológico, que esta guía recomienda pautarlo cuando las cifras de TA son  $\geq 140/90$  mmHg, siendo el objetivo no superarlas.
- El Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto de los Estados Unidos de América sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (23) tiene como objetivo de la terapia antihipertensiva reducir tanto la morbilidad como la mortalidad CV y renal. El objetivo prioritario es descender la PAS por debajo de 140 mmHg; la PAD debe estar por debajo de 90 mmHg, pero no es tan urgente ya que la mayoría de pacientes lo consigue temprano normalmente. Además habla sobre la prehipertensión (20), que es cuando la PA está 120-139/80-89 mmHg. Los pacientes con estas cifras de tensión tienen un mayor riesgo CV por lo tanto se les realiza un mayor seguimiento, además de modificaciones en el estilo de vida.

Para la HTA (23), en primer lugar se recomienda adoptar un estilo de vida saludable con el fin de prevenir la subida de la PA. Estas son las modificaciones más importantes que se deberían realizar: pérdida de peso corporal en pacientes con obesidad o sobrepeso, inicio de la dieta DASH (es rica en potasio, calcio, frutas y vegetales, baja en sodio, grasas saturadas y grasas totales, y se consumen productos lácteos desnatados; ver anexo III), que además reduce la PA de 8 a 14 mmHg (17), realización de actividad física/ejercicio isotónico, abandono del tabaco y consumo moderado de alcohol. Tras seguir estas recomendaciones la PA se reduce, el riesgo CV disminuye y la eficacia de los fármacos antihipertensivos, en caso de que se estén tomando, aumenta. Si estas modificaciones no son suficientes para bajar la PA entonces se comenzará con el tratamiento farmacológico (23).

Se realiza seguimiento de la mayoría de los pacientes en intervalos mensuales, y ajuste de medicación en caso de que sea necesario hasta conseguir controlar las cifras de TA. Los pacientes en estadio II o que tengan complicaciones realizarán visitas más frecuentemente. La creatinina y el potasio sérico se deben medir 1-2 veces por año. Una vez controlada y estabilizada la PA las visitas de seguimiento se realizan en intervalos de 3 a 6 meses. Si el paciente presenta otras patologías como insuficiencia cardíaca o diabetes en ocasiones las visitas y las pruebas de laboratorio se realizan con mayor frecuencia, además de que otros factores de riesgo CV se deben tratar hasta conseguir los objetivos propuestos (23).

- La Sociedad Británica de Hipertensión (20) recomienda realizar un cribado en adultos cada cinco años, y anualmente para las cifras de TA normal-alta. En pacientes con riesgo CV <20%, sin complicaciones de HTA y no diabéticos se iniciará el tratamiento farmacológico si la PA es 160/100 mmHg, mientras que en pacientes con alguna de las tres circunstancias mencionadas anteriormente y si la PAS está entre 140-159 y la PAD 90-99 se les tratará con fármacos, además de hacer un seguimiento anual. Los cambios en el estilo de vida se recomiendan a todos los pacientes estén tomando o no tratamiento farmacológico y a pacientes con PA normal-alta. El objetivo del tratamiento es mantener la tensión en 140/90 mmHg y en 130/80 en diabéticos.
- Según la Sociedad Canadiense de Hipertensión (20) se necesitan tres visitas con al menos dos medidas de PA en cada una para diagnosticar de hipertensión. Si en la última visita la PA está entre 140-159/90-99 mmHg pero no hay factores de riesgo CV ni daño en órganos diana, se recomienda realizar dos o tres controles más a lo largo de seis meses antes de diagnosticar HTA. Si la PA está entre 130/85 y 139/89 mmHg es aconsejable realizar un seguimiento anual y cada dos años si las cifras son menores.

Los pacientes hipertensos que estén tratados con medidas higiénico-dietéticas deberán acudir a realizarse controles cada 3-6 meses; los hipertensos que sigan tratamiento farmacológico deben acudir a los controles cada mes hasta que se logren las cifras objetivo de PA. Una vez conseguido esto, se hace seguimiento cada 3-6 meses (20).

Respecto al tratamiento, se recomienda el farmacológico cuando la PAD es superior a 90 mmHg y hay daño en órganos diana o factores de riesgo CV como consumo de tabaco, vida sedentaria o antecedentes familiares de enfermedad CV. También si la media de la PAD es  $\geq 100$  mmHg o el de la PAS  $\geq 160$  mmHg (20).

En cuanto al tratamiento no farmacológico, se recomienda realizar ejercicio aeróbico isotónico (natación, correr, ciclismo o caminar) entre 3 y 5 días por semana con una duración de 30-45 minutos para los pacientes normotensos, y más días para los hipertensos (sesiones de mayor intensidad no son más efectivas). En caso de que el estrés sea un factor que eleva la presión al paciente, se realizará una intervención para disminuirlo recomendando terapias cognitivo-conductuales. El IMC se mantendrá entre 18.5 y 24.9, se reducirá el consumo de sal a 4-6 g/día y se recomendará hacer una adecuada ingesta de calcio, potasio y magnesio a través de una dieta rica en micronutrientes y frutas; la dieta DASH está muy recomendada (20).

- La guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial (15) explica que para evaluar correctamente al paciente hipertenso primero se confirmará el diagnóstico, detectar las causas de HTA secundaria y valorar el riesgo CV y el daño orgánico. Para ello es necesario determinar la PA y la historia clínica donde hay información sobre la historia familiar, examen físico y pruebas de laboratorio y diagnósticas adicionales; algunas de estas pruebas serán necesarias para cada paciente y otras solamente para grupos específicos.

Respecto al tratamiento farmacológico recomienda pautarlo en hipertensos de grado II y III con cualquier nivel de riesgo CV, ya sea al mismo tiempo o unas semanas después de implementar los cambios en el estilo de vida. También se recomendará cuando el riesgo CV sea alto debido a daño orgánico independientemente del estadio de HTA, y se valorará instaurarlo o no en pacientes de HTA de grado I con riesgo bajo o moderado, si la PA se mantiene alta en varias consultas y si los cambios en el estilo de vida, después de un tiempo, no han resultado efectivos. Para los pacientes jóvenes con PA elevada no se recomienda comenzar con el tratamiento farmacológico, pero sí requieren una mayor vigilancia además de cambios en el estilo de vida.

Sobre el tratamiento no farmacológico, los cambios que recomienda esta guía son restricción de la ingesta de sal, moderación del consumo de alcohol, dieta mediterránea o DASH, pérdida de peso, ejercicio físico regular y abandono del tabaco. De esta manera además de reducir las cifras de PA también se reduce el riesgo CV (15).

Con el fin de que sea más visual y a modo de resumen, a continuación se muestra la tabla 2 con la información mencionada anteriormente:

Tabla 2: Guías para el Control y Tratamiento de la HTA

SOCIEDAD	CIFRAS DIAGNÓSTICO	FÁRMACOS	DIETA	HÁBITOS
NICE (21)	≥140/90 mmHg	En primer lugar IECA o ARA II, después calcioantagonistas (CA) y como última opción diuréticos similares a tiazidas.	No suplementos de calcio, magnesio y potasio; bajo consumo de sal.	Abandono o reducción del consumo de alcohol, café y cafeína; consejo antitabaco; terapias de relajación; organizaciones que promueven cambios en los estilos de vida; ejercicio físico.
Guía de HTA de las Sociedades Europeas (22)	≥140/90 mmHg	Primero betabloqueantes, después diuréticos, CA e IECA.	Reducir consumo de sal, grasas saturadas y colesterol y aumentar el consumo de frutas y verduras: dieta DASH.	Abandono del tabaco; moderación en el consumo de alcohol; pérdida de peso o estabilización del mismo; realización de ejercicio físico.
Comité Nacional Conjunto de los Estados Unidos (23)	Prehipertensión: 120-139/80-89 mmHg Hipertensión ≥140/90 mmHg	IECA, ARA II, betabloqueantes, bloqueadores de los canales de calcio y diuréticos tipo tiazidas.	Dieta rica en potasio, calcio, frutas y vegetales y baja en sodio, grasas saturadas y totales: dieta DASH.	Reducción de peso en obesidad y sobrepeso; actividad física; consumo moderado de alcohol; abandono del hábito tabáquico.

Sociedad Británica de Hipertensión (20)	≥140/90 mmHg	IECA, ARA II y betabloqueantes para pacientes con “renina baja”; CA y diuréticos para pacientes con “renina alta”.	Dieta hiposódica.	Mantener peso corporal dentro de los valores normales del IMC (19-25); consejo antitabaco; moderar el consumo de alcohol; realización de ejercicio físico.
Sociedad Canadiense de Hipertensión (20)	≥140/90 mmHg (si el paciente no tiene otros factores de RCV se aconsejan 2-3 visitas más a lo largo de 6 meses antes de diagnosticar HTA)	En primer lugar diurético tiazídico, betabloqueante, IECA o ARA II. Después CA.	Limitar consumo de sal, ingesta adecuada de potasio, calcio y magnesio, dieta rica en frutas, verduras y micronutrientes: dieta DASH.	Ejercicio aeróbico isotónico; terapias cognitivo-conductuales para tratar el estrés; mantener peso corporal en IMC de 18.5-24.9; abandono del tabaco.
Guía de práctica clínica de la ESH/ESC (15)	≥140/90 mmHg	Betabloqueantes, diuréticos, CA, IECA, ARA II e inhibidores de la renina.	Restricción de la ingesta de sal, consumo de productos lácteos desnatados, pescado, hortalizas, frutas, verduras, alimentos ricos en fibra, cereales integrales y proteínas de origen vegetal: dieta DASH y/o mediterránea.	Moderación del consumo de alcohol; pérdida de peso; ejercicio físico regular; abandono del tabaco.

## 1.7. INTERVENCIONES EDUCATIVAS PARA EL MANEJO DE LA HTA

El papel de enfermería en centros de atención primaria es fundamental para el manejo de la hipertensión, pero lo cierto es que hay una escasa adherencia por parte de los pacientes a las medidas preventivas y recomendaciones que se les dan, además de que muchos no conocen cuáles son los factores de riesgo CV y el impacto que estos tienen en la salud. Para que las intervenciones educativas sean efectivas también es necesario el apoyo de otros miembros del equipo como médicos o nutricionistas, (además de enfermeros) ya que en muchos casos no es fácil motivar al paciente para que cambie su estilo de vida. Sin embargo hay estudios que demuestran la eficacia de este tipo de intervenciones, pues han mejorado el conocimiento de pacientes hipertensos ambulatorios en atención primaria (16,24). En las siguientes líneas se explican ejemplos de estas intervenciones y su efectividad:

- En el año 2005 se creó el *Pla d'Activitat Física Esport i Salut* (PAFES) (25) en Cataluña. Este impulsa la prescripción de actividad física desde la consulta de atención primaria (AP) de manera que se utilicen rutas saludables y los equipamientos tanto deportivos como cívicos. Los profesionales de AP aconsejan a los adultos sedentarios y con factores de riesgo CV aumentar su actividad física hasta llegar a un nivel saludable; también les recomiendan utilizar rutas saludables dentro del pueblo o ciudad donde vivan. Además en algunos municipios se puede realizar la derivación a un grupo de ejercicio supervisado, como en un gimnasio.
- En el año 2006 en Manizales (26) (Colombia) se llevó a cabo una intervención educativa con diferentes familias. A lo largo de cinco meses se fueron realizando visitas en las que además de entregar folletos informativos se impartían pequeñas charlas sobre la hipertensión, sus factores de riesgo (obesidad, sedentarismo y tabaquismo, entre otros) y complicaciones, y se trató de motivar a los integrantes para cambiar los malos hábitos de vida. Los resultados obtenidos indicaron que la estrategia educativa fue muy útil: los participantes aprendieron y aplicaron los conocimientos adquiridos en su día a día, por lo que los factores de riesgo disminuyeron.
- En el 2009 se realizaron en Salamanca (27) sesiones educativas durante un año sobre cambios de estilos de vida a pacientes hipertensos de atención primaria, para lo cual fue necesario en primer lugar formar a los profesionales.

Después fue cuando se impartieron tres charlas sobre diferentes temas de interés respecto a la HTA (como dieta mediterránea o tabaquismo), se realizó un taller de cocina y otro sobre actividad física. Los resultados mostraron un mayor descenso del riesgo CV en los hipertensos que participaron.

- En Barcelona se hizo un estudio en el año 2012 (23) para pacientes hipertensos de edad avanzada. Fueron seleccionados 120 pacientes hipertensos mayores de 65 años que ingresaron en la unidad de medicina interna del Hospital Clínico de Barcelona. Se recogió información sobre ellos (edad y sexo, entre otros) y se les pasó un cuestionario sobre conocimientos de hipertensión. Los pacientes fueron divididos en dos grupos: intervención y control. El grupo intervención recibió un tríptico con información sobre HTA, la cual se complementó con una pequeña charla. Al alta se les volvió a pasar el cuestionario inicial, y al mes del alta se les realizó la misma encuesta por teléfono a 30 pacientes seleccionados aleatoriamente, mientras que al grupo control se le pasó el cuestionario en el ingreso y al alta, pero no recibió ninguna intervención. En los resultados de la intervención se observó que el porcentaje de respuestas correctas aumentó, al igual que los conocimientos sobre hipertensión y factores de riesgo, por lo que aplicar intervenciones educativas de este tipo es eficaz para aumentar los conocimientos de los hipertensos.
- En el año 2012 en Moscú (Rusia) (24) se realizó una intervención educativa en el manejo clínico de los factores de riesgo CV en atención primaria. En primer lugar varios médicos fueron seleccionados con el fin de ser formados (sobre el manejo del riesgo CV) para después formar a sus pacientes a través de seminarios, conferencias y talleres de discusión. A lo largo de tres meses se realizaron seminarios interactivos y de comunicación libre entre grupos de 3-6 pacientes y profesionales sanitarios (médicos, enfermeros, nutricionistas) sobre HTA, obesidad y síndrome metabólico, dislipemias, tabaquismo y estilos de vida. Los resultados revelaron que los factores de riesgo CV descendieron de manera significativa, además de que los pacientes realizaron cambios en sus estilos de vida, lo que reflejó una mejor adherencia al tratamiento.
- En 2016 en el Policlínico Universitario José Martí Pérez de Santiago de Cuba (28) se creó un programa de clases semanales de siete sesiones para el control de la hipertensión. Se eligieron tres consultas de médicos de familia para que sus pacientes diagnosticados de hipertensión participaran en la



intervención. Se formaron cuatro grupos de 15 pacientes, y a partir de la tercera sesión se aplicó musicoterapia durante los primeros 15 minutos como técnica de relajación. Después se explicaban los temas que correspondían y a su vez se fomentó la participación de los pacientes. Al ver los resultados se llegó a la conclusión de que este tipo de intervenciones tienen un gran impacto social, ya que se consigue una mayor autorresponsabilidad al incrementar el conocimiento de los hipertensos.

A continuación se muestra la tabla 3 con los aspectos de cada intervención educativa que han servido como idea y serán utilizados para crear la intervención final de este proyecto:

Tabla 3: Intervenciones Educativas, Contenidos y Métodos

<b>Intervención educativa</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Métodos</b>
PAFES	Rutas saludables y uso de equipamientos deportivos	Con la ayuda de enfermeros y profesionales deportivos, organizar rutas y clases para realizar ejercicio
Manizales (Colombia)	Charlas sobre HTA y factores de riesgo	Se entregaban folletos informativos y se impartían pequeñas charlas sobre HTA, además de motivar a los participantes para cambiar malos hábitos
Salamanca	Sesiones educativas sobre aspectos referentes a la HTA, taller de cocina y de actividad física	En primer lugar se formó a los profesionales, después de iniciaron las charlas sobre temas de interés referentes a la HTA y se realizaron los talleres

Barcelona	Cuestionario y charla para informar sobre HTA	Se seleccionaron 120 pacientes hipertensos, se les pasó un cuestionario y se dividieron en grupo control e intervención; este último recibió un tríptico con información sobre HTA y una charla
Moscú	Seminarios/charlas interactivas	Se formó a médicos de atención primaria para después ellos formar a sus pacientes mediante seminarios, conferencias y talleres de discusión a lo largo de tres meses
Santiago de cuba	Charlas, musicoterapia	Se impartieron 7 clases semanales sobre el control de la HTA, y a partir de la tercera sesión se aplicó musicoterapia durante unos minutos como técnica de relajación

#### 1.7.1. CONTACTO CON EXPERTOS

Se contactó con una enfermera del CAP Eixample con el fin de recoger información sobre el modo en el que se actúa frente a nuevos casos de HTA y el tipo de seguimiento que se realiza a los pacientes ya diagnosticados.

El Eixample es un CAP modelo de área urbana, comparable a los otros que están en la ciudad. La enfermera a la que se le entrevistó tiene 1485 pacientes asignados, de los cuales 1102 están atendidos; de ellos, 288 son hipertensos con un rango de edad de 15-99 años, siendo la HTA más prevalente entre 55-85 años.

- Diagnóstico

Para diagnosticar de HTA siguen los protocolos del Institut Català de Salut (ICS): deben realizarse tres tomas separadas entre sí por una semana o diez días y determinar el brazo control. Si en las tres tomas la TA es  $\geq 140/90$  se diagnostica de hipertensión. Una vez hecho el diagnóstico, se realizan visitas programadas cada 3-4 meses si está bien controlado, aunque hay que individualizar: si se sospecha que a los 4 meses no vendrá, mejor citarlo al mes o 2 meses. De esta manera el paciente va

tomando consciencia de la enfermedad ya que en cada cita se repasa la dieta, se habla de hábitos de vida... Además se realiza un ECG anual, una analítica, control de peso y entrevista sobre tabaco y alcohol en caso de que sea fumador o bebedor habitual (se calcula la unidad de bebida estándar (UBE)). Los pacientes que dejan de acudir a las visitas son los que no tienen consciencia de su enfermedad; la enfermera comenta que lo bueno de la atención comunitaria, entre otras cosas, es que aunque el paciente no acuda a su visita para seguimiento de la HTA, lo más probable es que acuda en otro momento por otros motivos, como un corte u otros problemas de salud, ocasión que se puede aprovechar para reconducirlo. Un 60% de los pacientes sigue el tratamiento no farmacológico exclusivamente.

- Entrevista

Al paciente se le pregunta sobre todo por sus antecedentes personales, hábitos higiénico-dietéticos, si es fumador, el tipo de dieta que lleva, si toma alcohol y con qué frecuencia, si realiza ejercicio físico y si toma medicación. Siempre está el consejo antitabaco ya que muchos de los hipertensos que hay son fumadores; algunos lo dejan, pero es difícil.

- Objetivos

Los objetivos del tratamiento que se proponen en este CAP es mantener bajo control los niveles de tensión arterial usando las medidas no farmacológicas, y que el paciente tenga consciencia de la enfermedad. Desde un principio se prioriza el tratamiento no farmacológico y se insiste en cambios de hábitos de vida antes de empezar el tratamiento farmacológico, aunque en ocasiones hay que empezar con los dos tratamientos a la vez si las cifras de TA son muy elevadas; en ese caso los fármacos de elección serían IECAs en primer lugar, después ARA II, o IECA asociado a diurético.

- Intervenciones

- Visita inicial: se explica todo lo que puede cambiar, se hace entrevista dietética y se pauta ejercicio físico.
- Visita de seguimiento: ir al gimnasio no es lo primero que recomiendan ya que no se puede saber hasta qué punto van o no, además de que se debe individualizar. Se deben tener en cuenta otras enfermedades que el paciente pueda tener ya que en la mayoría de los casos son pacientes pluripatológicos.

- Actividades: en el CAP se suelen organizar caminatas saludables; son rutas organizadas de dos horas de duración, van dos enfermeras del CAP y la mayoría de los que se apuntan son hipertensos, aunque también hay pacientes con otras patologías como diabetes. Antes hacían el programa PAFES con un experto de INEF, un médico y enfermera del CAP y un personal del gimnasio Ekke, pero al llegar la crisis dejó de ser subvencionado.

## 1.8. JUSTIFICACIÓN

La razón por la que se realiza este proyecto es porque la HTA hoy en día es uno de los mayores problemas de salud pública y no solo en España, sino también a nivel mundial. Tal y como se ha mencionado en la prevalencia, hay una gran cantidad de pacientes hipertensos, que además tienen un alto riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular y es una importante causa de mortalidad (18).

Aunque actualmente se ha avanzado mucho en cuanto a fármacos hipertensivos, siguen produciendo efectos secundarios (18), y la hipertensión es una enfermedad en la que se puede incidir ya que es potencialmente modificable y se puede controlar con medidas no farmacológicas: haciendo ejercicio físico y llevando una dieta saludable, básicamente. Además (12), ¿cómo es posible que si el 88,3% de los hipertensos sigue un tratamiento, solo un 30% tenga la presión controlada? ¿Porque el tratamiento que siguen no es el adecuado o porque no lo siguen? Todos los datos mencionados hasta ahora indican que hay un bajo control de la PA y llevan a pensar que hay que darles mucha más importancia a las medidas preventivas, a la educación sanitaria para llevar una vida saludable; los pacientes no deben tomarse el cambio de dieta como una que deban cumplir durante un tiempo, deberían tomárselo como una forma de vida, igual que meter en su rutina el deporte. De esta manera no solo se previene la HTA, también pueden prevenirse (o controlarse en caso de que ya se padezcan) patologías crónicas como la diabetes o enfermedades cardíacas en general, como la hipercolesterolemia.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo general**

- Optimizar el cumplimiento del tratamiento no farmacológico de los hipertensos atendidos en el CAP Eixample de Lleida.

### **2.2. Objetivos específicos**

El cumplimiento del tratamiento se valorará con:

- Mantenimiento el IMC entre los valores normales (19-25).
- Adopción de una vida más activa mediante la realización de ejercicio físico regular.
- Reducción del consumo de alcohol hasta mantenerlo en niveles aceptables o dejarlo.
- Supresión del consumo de tabaco.
- Reducción del consumo de sal a 5-6 g/día.
- Seguimiento de una alimentación saludable, como dieta mediterránea.

### 3. INTERVENCIÓN

Una vez hecha la revisión bibliográfica y tras recoger información de expertos, se ha decidido realizar con los pacientes que quieran intervenir y cumplan los criterios de inclusión diferentes tipos de actividades que han demostrado ser efectivas. Lo que se propone es una intervención para que los pacientes tengan conocimientos adecuados sobre cómo llevar una vida saludable y cómo puede afectar negativamente en su salud el hecho de que no la sigan. Se les informará una vez vayan a consulta o de manera telefónica a los que se considere quieran/puedan participar; habrá 25 pacientes en total, 20 en el programa presencial, y 5 en el no presencial.

#### 3.1. DESTINATARIOS DE LA INTERVENCIÓN

La intervención está dirigida a hipertensos de entre 40 y 50 años del CAP Eixample, por lo que estos serían los criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión: pacientes diagnosticados de HTA con un rango de edad de entre 40 y 50 años, pacientes que tengan el Eixample como CAP de referencia, pacientes de entre 40 y 50 años que tengan dificultades para seguir adecuadamente el tratamiento no farmacológico.
- Criterios de exclusión: pacientes con patologías asociadas y/o graves que dificulten su participación (inmovilidad o enfermedad terminal, por ejemplo), pacientes que no entiendan la lengua de impartición de los seminarios y talleres (catalán y/o castellano), pacientes que sigan adecuadamente el tratamiento no farmacológico.

#### 3.2. CONTEXTO DE DESARROLLO

A continuación se explicará dónde se realizará cada actividad de la intervención:

- Seminario y charlas educativas: el CAP Eixample tiene un espacio para reuniones con equipo para hacer presentaciones en la planta baja, por lo que se aprovechará para realizar allí las charlas, seminarios, sesiones de control y refuerzo y la despedida con los pacientes.
- Taller de cocina: Culinarium.

- Taller de ejercicio físico: en primer lugar se utilizará el espacio del CAP para explicar a los pacientes en qué consiste y para que puedan elegir el tipo de deporte que querrán realizar. En el caso de zumba y natación el lugar donde se impartirán las clases será en el gimnasio Royal de Lleida. Los que quieran correr lo harán por el espacio que hay para ello en el río Segre de Lleida, y las caminatas se harán por la ciudad de Lleida, pudiendo realizar diferentes rutas (como paseos por el Parque Municipal de la Mitjana).

### 3.3. RESPONSABLES DE LA INTERVENCIÓN

Para la realización de las actividades mencionadas es necesario un buen equipo multidisciplinar: profesionales de diferentes ámbitos que juntos sepan trabajar en equipo. A continuación se explica qué profesional realizará cada actividad:

- Seminario interactivo y charlas educativas: los responsables de informar a los pacientes sobre este proyecto serán los enfermeros del CAP Eixample, que lo harán en las consultas o por teléfono. Después serán cuatro enfermeros (dos del turno de mañana y dos del turno de tarde) los que se encarguen del seminario y las charlas: tendrán que dar las charlas y preparar los PPT para las clases y los pacientes que no puedan asistir, así como realizar los cuestionarios (medir, pesar). Un nutricionista se encargará de elegir los almuerzos/meriendas saludables.
- Taller de cocina: el encargado de impartir este taller será un nutricionista, así como de realizar los PPT para los pacientes que no puedan asistir.
- Taller de ejercicio físico: los dos primeros días (explicaciones y realización del deporte escogido) se encargarán cuatro responsables de INEF de explicar en qué consistirá cada actividad, qué se trabaja, la ropa que tendrán que llevar y de realizar dichas actividades. Además también harán los PPT para los pacientes que no puedan asistir. El último día contarán con la colaboración de un enfermero para contar las sensaciones experimentadas.
- Sesiones de control, refuerzo y despedida: los cuatro enfermeros de las primeras sesiones se reunirán con los pacientes para seguir motivándoles,

hacer refuerzo, resolver las dudas que puedan tener y pasar de nuevo el cuestionario “Estilo de Vida Saludable” además de una encuesta de satisfacción y dos sobre el tabaco y alcohol. También se les pesará (para calcular de nuevo el IMC) y se pasarán los cuestionarios acordados en la sesión que corresponda.

- Vídeos: cada actividad será grabada para los pacientes del programa no presencial, por lo que se necesitará la colaboración de un profesional de imagen y sonido que grabe y edite los vídeos de manera sencilla.

Por lo tanto:

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>PROFESIONALES</b>
Seminario interactivo y charlas educativas	4 enfermeros, 1 nutricionista
Taller de cocina	1 nutricionista
Taller de ejercicio físico	4 INEF, 1 enfermero
Sesión de control, refuerzo y despedida	4 enfermeros
Grabación y montaje vídeos	1 fotógrafo

### 3.4. CAPTACIÓN DE PROFESIONALES

Una vez decidido los profesionales que se necesitarán para llevar a cabo este proyecto, se les debe informar. En primer lugar se hablará con los enfermeros y nutricionista del CAP Eixample, se les explicará la intervención y los objetivos de la misma, y que serían necesarios dos enfermeros del turno de mañana, dos del turno de tarde y un nutricionista. Se les explicarían los temas que deberán prepararse así como las presentaciones en PPT y, en caso del nutricionista, que deberá pensar algunos platos de dieta mediterránea para prepararlos en el taller de cocina así como almuerzos y meriendas saludables para las pausas de las charlas.

Después se acudirá al gimnasio Royal con el fin de captar a cuatro profesionales de INEF. Se les explicará que deberán hablar sobre los beneficios del deporte, así como



de las cuatro actividades que se propondrán, y que cada uno será el encargado de realizar una.

Por último se acudirá a un estudio de fotografía con tal de que un profesional pueda grabar las clases y después montar vídeos con las partes más interesantes de cada clase y/o actividad.

### 3.5. CONTENIDO DE LA INTERVENCIÓN

Se les informará sobre el lugar y el día de inicio a los pacientes que se considere que puedan participar en el proyecto cuando acudan a consulta o por vía telefónica, siempre intentando escoger aquellos que puedan tener más dificultades para cambiar el estilo de vida. Se les hará un breve resumen de las actividades que se van a realizar y se les explicará cuál es el fin, intentando que haya la máxima colaboración posible. Se realizará una cada semana.

Las actividades se podrían dividir en tres partes y sesiones de control, refuerzo y despedida: en primer lugar se hará el seminario interactivo a modo de introducción y las charlas educativas. Después se realizará un taller de cocina, y por último el taller de ejercicio físico. Finalmente se harán tres últimas sesiones de control y refuerzo. Cada seminario, charla y taller se realizará por la mañana y por la tarde para así facilitar que los pacientes puedan participar, pues la mayoría tendrá una jornada laboral o que hacerse cargo de los hijos, por ejemplo.

#### 3.5.1. Primera parte: seminario y charlas

La duración total de cada charla y del seminario será de 1h y 45min: a los 45 minutos se hará un descanso de 15' donde tendrán un almuerzo o merienda saludable. Los responsables de impartir estas sesiones serán dos enfermeros.

- Seminario interactivo

En primer lugar se les agradecerá a los pacientes su asistencia y colaboración, y se les explicará de manera breve en qué consistirá todo el proyecto. Antes de comenzar se les pasará el cuestionario “Estilo de Vida Saludable” (ver anexo IV) con el fin de realizar un seguimiento y la evaluación del proyecto, pues el último día en la despedida se les pasará el mismo cuestionario además de una encuesta de satisfacción (ver anexo V) para averiguar si se han cumplido sus objetivos o si era lo que esperaban, entre otras cosas. Después todos se presentarán y escribirán sus

nombres en un papel para que sea más visual; también se les tendrá que medir y pesar con el fin de calcular el IMC.

En este seminario también se les hablará sobre la aplicación Noom Coach, la cual tendrán que descargarse como parte de la intervención; será explicada más adelante con mayor detalle.

El fin del seminario es que los pacientes interactúen entre ellos, que expresen su opinión y sus dudas, por lo que en primer lugar se les preguntará por qué creen que tienen HTA; según se vaya avanzando se resolverán las cuestiones que puedan surgir y se les plantearán otras preguntas, como qué creen que hacen bien o mal (en cuanto al tratamiento de la hipertensión que sigan) o cómo supieron que tenían HTA.

- APP Noom Coach

Actualmente la tecnología está muy presente en el día a día de las personas, y cada vez son más las aplicaciones enfocadas a la salud, al cuidado y/o control de hipertensos, diabéticos o a consejos sobre cómo llevar una vida más saludable, entre otras cosas (29).

Es por eso que se ha decidido añadir el uso de una APP al proyecto; se trata de Noom Coach, una aplicación creada por médicos, nutricionistas, psicólogos y entrenadores con el fin de que los pacientes puedan aprender hábitos saludables de manera sencilla y mejorar su salud. Estas son las características de la APP:

- Ayuda a crear un plan para practicar hábitos más saludables
- Pone metas a corto y a largo plazo
- Da herramientas para controlar el peso, la comida, el ejercicio, la PA y la glucemia
- Permite registrar cada comida que se hace durante el día
- Da consejos sobre la alimentación que se lleva
- Tiene un podómetro que va contando los pasos que se dan durante el día (sin gastar batería) y pone objetivos para así dar más pasos

Estas características serán explicadas a los pacientes en el seminario y también se les enseñará a utilizarla, que es muy sencillo. La utilización de esta APP tiene como objetivo que los pacientes puedan ver en casa el tipo de alimentación que llevan y cuáles son los mejores alimentos; además, con el podómetro podrán hacerse una idea más acertada de lo que se mueven cada día y puede servir como motivación para hacerlo más, ya que se deberán poner como objetivo diario caminar 10.000 pasos. Se

les pedirá que anoten en la APP lo que van comiendo cada día ya que esta información se utilizará posteriormente.

- Charlas educativas

Se realizarán tres charlas educativas sobre diferentes temas que a los pacientes les servirán para mejorar el tratamiento y manejo de la hipertensión. El enfermero que imparta las charlas se ayudará con una presentación PPT.

- Factores de riesgo CV y medidas preventivas: será la primera charla y se les hablará sobre los factores de riesgo CV y las medidas higiénico-dietéticas que se pueden adoptar para disminuirlo.
- Alimentación: se les preguntará a algunos pacientes al azar qué fue lo que comieron el día anterior y así se hará una reflexión sobre una dieta sana. Se les explicarán los beneficios de llevar una dieta mediterránea, una dieta sosa y por último la importancia de consumir alcohol con moderación.
- Tabaco, estrés y ejercicio físico: en primer lugar se les tomará la TA y se les explicará en pocos minutos los efectos que tiene el estrés sobre esta. En esta última charla se les hablará sobre el tabaco y la muerte prematura producida por este, además de que se les explicarán tanto las ventajas como la importancia de realizar ejercicio físico regular. Al final de la sesión se realizará musicoterapia durante 10 minutos y se les volverá a tomar la TA con el fin de que observen cómo ha descendido después de estar un rato sentados y relajados.

Se les recordará que la próxima semana comienza el taller de cocina y que no deberán acudir al CAP, sino a Culinarium, que se encuentra en la Calle Mayor.

### 3.5.2. Segunda parte: taller de cocina

El responsable de impartir este taller será un nutricionista y el objetivo será que los pacientes vean que una dieta saludable también puede ser apetecible. Se les enseñará cómo cocinar diferentes platos cardiosaludables que no sean muy elaborados y que ellos puedan cocinar en su día a día; además el consumo del ingrediente que deben disminuir o en muchos casos restringir es la sal, por lo que se les explicarán diferentes estrategias para reducirlo (30), como utilizar especias en su lugar y así potenciar el sabor, también se les enseñarán alimentos bajos en grasas,

que es mejor tomar lácteos desnatados, reducir el consumo de carne y aumentar el del pescado, y las ventajas de comer más fruta y verdura, entre otras cosas. Básicamente se les enseñará cómo llevar una dieta mediterránea. Además se hará una degustación de cada plato. La duración será de dos horas.

Al acabar el taller se les recordará que la próxima semana se realizará el taller de ejercicio físico y que la primera sesión será en el CAP, donde se impartían las charlas.

### **3.5.3. Tercera parte: taller de ejercicio físico**

Los encargados de este taller serán cuatro profesionales de INEF, que contarán con la ayuda de un enfermero, y se dividirá en tres días.

- **Primera sesión**

Se llevará a cabo en el CAP y se expondrán los diferentes deportes que podrán escoger: zumba en el gimnasio Royal, natación en el gimnasio Royal, correr en el río o hacer caminatas por la ciudad. Se les explicará lo que se trabaja en cada ejercicio, qué necesitan llevar en cada deporte (zapatillas, ropa cómoda y bañador y gorro para natación) y para qué tipo de personas está más indicado cada uno teniendo en cuenta si algún participante tiene algún problema muscular u otro que le pueda impedir realizar algún deporte de los expuestos. También se les explicará que en la APP deben poner 10.000 pasos como meta diaria, y con su ayuda verán si se acercan o no para poder mejorar. Finalmente se crearán grupos con cada responsable de INEF (uno por cada deporte) para que el próximo día ya puedan empezar con lo que hayan escogido; quedarán en un punto de la ciudad según lo que vayan a realizar. La duración de esta sesión será de una hora.

- **Aspectos a comentar**

En esta primera sesión también se les explicarán los beneficios de tener como rutina realizar actividad física y se mencionarán pequeños trucos para llevar una vida más activa (30), como subir por las escaleras en lugar de usar el ascensor, si se usa el autobús bajarse una parada antes y caminar rápido o aparcar algo más lejos de lo habitual.

Por último se les explicará que el efecto antihipertensivo (17) se puede observar en pacientes que realizan ejercicio 3 días a la semana, el cual aumenta ligeramente con el ejercicio diario. Sin embargo, el 75% del efecto que se puede conseguir realizando actividad física cada día de la semana, también

se puede conseguir con tres sesiones semanales, por lo que el ejercicio físico diario no es imprescindible (aunque sí beneficioso para la salud) para conseguir el efecto antihipertensivo. Además, si no están acostumbrados a hacer deporte tampoco es aconsejable que pasen de no hacer nada a ir cada día, por lo que se les aconsejará que empiecen de manera progresiva.

- Segunda sesión

El segundo día será el que realicen el deporte que hayan escogido. Cada sesión será de 45 minutos e incluirá tanto calentamiento como estiramiento.

- Tercera sesión

El tercer y último día se volverán a ver en el CAP para contar sus experiencias al realizar ejercicio físico. Se les recalcará que la motivación es muy importante y que aunque haya habido alguna actividad de las cuatro que no haya sido de su agrado o no fuera lo que esperaban, lo más normal es que haya otro tipo de deporte que les pueda gustar y que podrán practicar en otro momento, por lo que se les animará a probar otro deporte que les llame la atención.

Se les recordará que en un mes deberán acudir al CAP para comenzar con las sesiones de control y refuerzo.

#### **3.5.4. Sesiones de control, refuerzo y despedida**

Desde diciembre de 2018 hasta junio de 2019 se juntarán cada tres meses para realizar sesiones de control y refuerzo con el fin de realizar un seguimiento.

- Control diciembre 2018

En diciembre de 2018 los pacientes se juntarán con los enfermeros para comentar qué les han parecido todas las actividades; básicamente harán un feedback de la intervención. Se les explicará que quedan dos sesiones más para acabar definitivamente el proyecto, las cuales serán más separadas en el tiempo: a los tres y a los seis meses.

Se les tomará la TA y además se les pedirá que enseñen, con la ayuda de la aplicación Noom Coach, lo que comieron el día anterior para así poder hacer una reflexión sobre la alimentación y comentar aspectos que puedan mejorar en caso de que fuera necesario. Esta sesión tendrá una duración de entre 30 minutos y una hora.

- Control marzo 2019

Tres meses después, en marzo de 2019, se les volverá a citar con el enfermero para pesarlos y así calcular el IMC, mirar la TA y volver a repasar lo que comieron el día anterior con la APP. Además se les pasarán dos nuevos cuestionarios: uno sobre el tabaco (ver anexo VI) para conocer cuál es su consumo (dependencia baja, media o alta) y que calcula, según el número de cigarrillos que se fumen y el precio del paquete, la cantidad de dinero que ahorrarían a la semana, al mes y al año; y otro cuestionario en el que tendrán que poner qué cantidad de alcohol (ver anexo VII) tomaron la última vez que consumieron con el fin de que les calcule cuántas calorías tenía y los minutos que tendrían que caminar a 5 km/h para quemarlas.

El objetivo de esta sesión es ir reforzando los cambios que hayan hecho y resolver posibles dudas, además de motivarles pues en principio, si han seguido las pautas que se explicaron a lo largo de las actividades, habrá pacientes a los que les haya bajado el IMC y las cifras de TA. Esta sesión durará una hora.

- Despedida

Por último, seis meses después de haber acabado con las actividades, en junio de 2019, se realizará la última sesión del proyecto. Se volverá a calcular el IMC de cada paciente por lo que se les pesará, además de mirar la TA y repasar lo que han comido el día anterior a través de la APP. Se les agradecerá a los pacientes su colaboración, se les volverá a pasar el mismo cuestionario de la primera sesión (Estilo de Vida Saludable) para poder comparar los resultados además de una encuesta de satisfacción y harán una reflexión junto con los enfermeros sobre todas las actividades realizadas: cómo se han sentido, si les ha servido, aspectos a mejorar... Durará entre 30 minutos y una hora.

### 3.5.5. Programa no presencial

Los pacientes con el rango de edad escogido normalmente siguen teniendo vida laboral, por lo que es probable que muchos no puedan acudir a las charlas o talleres. Tal y como se ha mencionado, habrá 20 pacientes en el programa presencial, y 5 más en el programa no presencial. Se hablará con los pacientes (en consulta o vía telefónica) que, aunque no puedan acudir, estén dispuestos a participar en el proyecto: se les enviarán por correo las presentaciones en PPT que se utilicen en las sesiones, además de otras que puedan ser complementarias (información que se ha compartido en clase, consejos...), y las clases se grabarán para después poder mandarlas a estos

pacientes (se editarán y la duración será de unos 10 minutos como mucho con los puntos más importantes); lo realizará el profesional de imagen y sonido. La información será breve, clara y concisa, pues el objetivo es que se interesen y aprendan cómo llevar una vida saludable, no que se saturen con mucha información y pierdan el interés por las actividades.

También se les enviará un PPT con información sobre el taller de cocina (qué alimentos son saludables o cómo cocinar y llevar una dieta mediterránea, entre otros) a aquellos que tampoco puedan participar, y con el taller de ejercicio físico se hará lo mismo, explicando los beneficios de realizarlo regularmente; también se les enviarán vídeos breves de ambos talleres. El cuestionario que se pasará al principio y al final de las intervenciones también se les mandará por correo y tendrán que mandarlo completado. Cualquier duda que tengan podrán expresarla por correo, o incluso pedir consulta si pudieran; además también tendrán que descargarse la aplicación Noom Coach.

En las sesiones de control, refuerzo y de despedida se les pedirá que asistan si pueden; en caso de que no, se les dirá que se miren la TA (pueden utilizar un tensiómetro si lo tienen en casa o bien mirársela en una farmacia) y envíen al enfermero las cifras por correo. Para las sesiones de marzo y junio de 2019 también tendrán que pesarse para calcular el IMC y en junio deberán realizar nuevamente el cuestionario “Estilo de Vida Saludable” además de la encuesta de satisfacción. En las tres sesiones deberán enviar, en caso de que no asistan, lo que comieron el día anterior utilizando la APP.

El fotógrafo hará un breve vídeo (como mucho 5 minutos) de las tres sesiones presenciales para que los que no puedan asistir puedan ver desde casa qué se ha hecho los tres últimos días; les puede servir para resolver dudas.

### 3.6. MATERIAL NECESARIO Y RECURSOS

En la tabla 4 se muestra el material que será necesario utilizar en cada actividad, así como el lugar donde se realizarán y por último los profesionales necesarios para llevarlas a cabo.

Tabla 4: material necesario para cada actividad y recursos

ACTIVIDAD	LUGAR	MATERIAL	PROFESIONALES
Seminario interactivo y charlas educativas	-CAP Eixample: sala de reuniones	-Equipo presentaciones y PPT -Tensiómetro -Peso y metro (IMC) -Bolígrafos y folios -Aperitivo saludable -Videocámara -Cuestionario	-4 enfermeros -1 nutricionista -1 fotógrafo
Taller de cocina	-Culinarium	-Ingredientes -Cazuelas, sartenes y utensilios -Delantales -Videocámara	-1 nutricionista -1 fotógrafo
Taller de ejercicio físico	-CAP Eixample: sala de reuniones -Gimnasio Royal: piscina y sala de actividades dirigidas -Río Segre Lleida -Lleida (ciudad)	-Equipo presentaciones -PPT -Ropa deportiva (que traerá cada participante) -Videocámara	-4 INEF -1 enfermero -1 fotógrafo




Sesiones de control, refuerzo y despedida	-CAP Eixample: sala de reuniones	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Equipo presentaciones</li> <li>-PPT</li> <li>-Tensiómetro</li> <li>- Peso y metro (IMC)</li> <li>-Aperitivo saludable</li> <li>-Videocámara</li> <li>-Cuestionarios y encuestas</li> <li>-Bolígrafos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-4 enfermeros</li> <li>-1 fotógrafo</li> </ul>
---	----------------------------------	---	---


### 3.7. CALENDARIO


El proyecto se llevará a cabo los tres últimos meses del año 2018 y habrá dos sesiones más los seis primeros meses de 2019; en septiembre los enfermeros del CAP Eixample se dedicarán a informar a los pacientes que cumplan los criterios de inclusión sobre las actividades que se quieren realizar e irán apuntando en una lista los nombres de los que estén interesados. En octubre se comenzará con el seminario y se harán las tres charlas educativas. Por último en noviembre se realizarán los talleres de cocina y ejercicio físico, y se utilizará una semana de diciembre, una de marzo y otra de junio para realizar las sesiones de control, refuerzo y despedida. Los horarios de mañana serán de 10h a 11:30-12h (según la actividad) y por la tarde de 17:30h a 19:00-19:30h.


-Seminario interactivo 

-Taller de cocina 

-Charlas educativas 

-Taller de ejercicio físico 

-Musicoterapia 

-Control, refuerzo y despedida 

**Octubre 2018**

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1	2 	3	4	5	6	7
8	9 	10	11	12	13	14
15	16 	17	18	19	20	21
22	23 	24	25	26	27	28
29	30 	31				

**Noviembre 2018**

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
			1	2	3	4
5	6 	7	8	9	10	11
12	13 	14	15	16	17	18
19	20 	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

**Diciembre 2018**

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17 	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

**Marzo 2019**

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18 	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

**JUNIO 2019**

DOM	LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE	SÁB
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17 	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

#### 4. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Se espera que la respuesta tanto de los profesionales como de los pacientes sea positiva, es decir, que se impliquen y se comprometan a realizar un cambio en su estilo de vida (los pacientes).

Si bien es cierto que puede ser complicado que todos los pacientes acudan a cada actividad, lo que se pretende con el programa no presencial es eso precisamente, evitar faltas injustificadas. Por eso se habla primero con los pacientes a la hora de captarlos, porque además de cumplir con los criterios de inclusión deben estar motivados y mentalizados para querer hacer un cambio en sus vidas.

A continuación se muestra cómo se realizará la evaluación del cumplimiento de cada objetivo específico:

- **Objetivo 1: mantener el IMC entre los valores normales (19-25)**

Se les pesará y medirá el primer día, en el seminario interactivo, con el fin de calcular el IMC. Después se volverá a calcular en las sesiones de marzo y junio de 2019. De esta manera se les deja tiempo para realizar los cambios necesarios y así pueden ver los resultados. Es posible que no todos los pacientes consigan estar en un rango normal de IMC, pero si se consigue que lo reduzcan respecto al valor del primer día, será algo muy positivo; lo recomendable y adecuado sería perder del 5% al 10% del peso en seis meses.

- **Objetivo 2: llevar una vida más activa mediante la realización de ejercicio físico regular**

A través del cuestionario “Estilo de Vida Saludable” que se pasará el primer y último día se obtendrán datos de si han aumentado su actividad física o no. Además con la APP Noom Coach se podrá observar los pasos que realizan cada día, lo que puede ser una motivación para ellos ya que tienen como meta realizar 10.000 pasos diarios y van observando cuánto les queda. También se puede averiguar si han aumentado su actividad mediante el IMC, pues si ha bajado significa que han hecho algún cambio en su rutina.

- **Objetivo 3: reducir el consumo de alcohol hasta mantenerlo en niveles aceptables o dejarlo**

Se verá si han reducido el consumo en los resultados del cuestionario “Estilo de Vida Saludable”, que se pasará el primer y último día del proyecto. Además, en la sesión de marzo de 2019, realizarán el cuestionario “¿Cuánto bebo?”, que se encuentra en la página del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. De esta manera conocerán la cantidad de alcohol que toman en un día normal de consumo, además de que podrán ver el número de calorías que ingieren. Calcula cuántos minutos tendrían que caminar a 5 km/h para quemarlo; es otra forma de ver que el alcohol, aunque pueda no parecerlo, también contiene calorías y puede afectar al peso.

- **Objetivo 4: suprimir el consumo de tabaco**

Con el cuestionario “Estilo de Vida Saludable” se podrá averiguar si han reducido el consumo de tabaco o no. Lo cierto es que aunque no todos consigan dejar de fumar, los resultados serán positivos si al menos se observa una reducción en el consumo de cigarrillos por día, pues querrá decir que se ha concienciado bien a los pacientes y quieren realizar un cambio. Además en la sesión de marzo de 2019 harán un cuestionario del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para descubrir cuál es su consumo; también les calcula cuánto dinero podrían ahorrarse a la semana, al mes y al año según los cigarrillos que fuman cada día, y les da pequeños consejos sobre cómo evitar el tabaco según las respuestas obtenidas.

- **Objetivo 5: reducir el consumo de sal a 5-6 g/día**

Con el cuestionario “Estilo de Vida Saludable” se podrá comprobar si han reducido el consumo de sal. Además, en las sesiones de control y seguimiento de diciembre de 2018, marzo y junio de 2019 se les tomará la TA, donde podrán ver los resultados de realizar cambios saludables en su estilo de vida.

- **Objetivo 6: seguir una alimentación saludable, como dieta mediterránea**

Se verá cómo han cambiado su alimentación mediante el cuestionario “Estilo de Vida Saludable”; se verá reflejado en el consumo diario de frutas y verduras y en el consumo diario de sal. Además el cambio que han hecho en la alimentación se verá también con la disminución del IMC. Asimismo tendrán que enseñar en las visitas de diciembre de 2018, marzo y junio de 2019 lo que comieron el día anterior a través de la APP.

El día de la despedida (junio de 2019) también se les pasará una encuesta de satisfacción con el fin de saber en qué se puede mejorar, cómo les ha ayudado esta intervención a nivel personal, si es lo que esperaban y si les ha gustado. Si se obtienen buenos resultados se podría plantear aumentar el número de pacientes para el próximo año.

Lo que se pretende es que los participantes realicen cambios en su vida, y con las sesiones de control y refuerzo lo que se intenta es que vean que principalmente con cambios en la alimentación y llevando una vida más activa pueden obtener resultados: disminución de peso y por lo tanto del IMC, y descenso de las cifras de TA. Esto sería lo que se puede ver a nivel clínico, pero además disminuiría el riesgo CV y el estrés.

Sería interesante que el descenso de las cifras de TA fuera progresivo y que a largo plazo se logre o bien bajar la dosis de la medicación, o bien controlar la HTA solo con medidas higiénico-dietéticas. Por lo tanto, sería muy positivo si de los pacientes que siguen un tratamiento farmacológico (se espera que sean la mayoría de los que participen) varios pudieran disminuir la dosis o incluso tratar la HTA no farmacológicamente.

También se espera que una vez conseguidos los objetivos marcados los pacientes continúen llevando una vida saludable, lo que se puede conseguir con la ayuda de los enfermeros en consulta; resolverán las dudas que puedan surgir una vez acabada la intervención y seguirán reforzando, motivando y haciendo educación sanitaria.

## 5. DISCUSIÓN

Lo que se quiere conseguir con esta intervención es que los pacientes reduzcan sus cifras de TA llevando una vida más activa y una alimentación saludable siguiendo las medidas higiénico-dietéticas adecuadas. Para ello se decidió realizar los seminarios, charlas y talleres, ya que según la bibliografía dan buenos resultados.

Sin embargo, la intervención se quedaba algo justa; si bien es cierto que dan buenos resultados, es difícil que realicen cambios tan grandes y que los mantengan en el tiempo. Por eso se decidió añadir el uso de una aplicación: actualmente la tecnología está muy presente en el día a día de las personas, prácticamente se lleva el teléfono móvil a todas partes. Además, es una franja de edad en la que sí se usa, a diferencia de las personas mayores que, aunque cada vez son más los que usan la tecnología, es más difícil hacer una intervención que incluya el uso de una APP ya que probablemente no todos los participantes le den uso.

Por ello se cree que la intervención tendrá éxito, por la innovación de usar el móvil para apuntar las ingestas diarias y contar los pasos. Porque una vez los pacientes tengan las ideas claras sobre cómo llevar una vida más activa y saludable y cómo se pueden bajar las cifras de TA, además de la motivación, la aplicación ayuda dando consejos, contando las calorías y proponiendo un número de pasos diarios (en este caso 10.000).

En cuanto a limitaciones, encontrar algo innovador fue lo complicado. La HTA es una patología muy estudiada, con varias opciones de tratamiento y con una alta prevalencia, por lo que hay muchos estudios y muchas intervenciones educativas realizadas. Además de que el tratamiento es fácil de seguir, pero muchas veces lo complicado es que los hipertensos lo lleven a cabo, que entiendan que aunque en un principio lo fácil sea tomar un fármaco, lo mejor para su salud es hacer cambios en su estilo de vida, ese con el que muchas veces están a gusto y que no quieren cambiar, pues no ven lo nocivo que puede llegar a ser por falta de información. Además, los resultados de llevar una alimentación equilibrada y una vida activa se ven a largo plazo, con la reducción de las cifras de TA, de peso o encontrándose mejor, y no de un día para otro. Lo complicado es saber motivar al paciente, incitarle al cambio, reforzarle y resolver sus dudas.

Por eso se ha planteado hacer tres sesiones de control y refuerzo (además de la despedida), para que los pacientes realmente motivados y dispuestos a cambiar vayan

viendo que poco a poco se obtienen resultados, lo que es muy importante porque en un futuro se pueden evitar otras patologías y/o complicaciones de la HTA.

## 6. CONCLUSIONES

Tras la realización de este trabajo, estas son las conclusiones a las que se ha llegado:

- La HTA es una patología muy prevalente a nivel mundial, la cual aumenta la morbilidad CV y la mortalidad; es un problema de salud pública. Sin embargo, algunos de sus factores de riesgo son modificables y se puede incidir sobre ellos concienciando a los pacientes mediante educación sanitaria.
- Llevando una alimentación equilibrada y una vida más activa se pueden conseguir grandes cambios, como disminuir las cifras de TA, bajar de peso y por lo tanto el IMC, y reducir el riesgo CV.
- Hay mucha información sobre la HTA: guías de práctica clínica, manejo y control, e intervenciones educativas. Aun así, muchos pacientes no están bien controlados y tienen un bajo nivel de conocimientos sobre su enfermedad, por lo que es muy importante el trabajo que hacen los enfermeros de atención primaria mediante educación sanitaria para que los pacientes estén bien informados y conozcan su enfermedad.
- Lo difícil del tratamiento no farmacológico es que los cambios y mejoras se observan a largo plazo (reducción del riesgo CV, IMC y cifras de TA, entre otras cosas), lo que puede provocar que el paciente se desanime al no obtener resultados inmediatos y por lo tanto que vuelva al estilo de vida no tan saludable que llevaba anteriormente.



## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Hipertensión y riesgo cardiovascular [Internet]. Fundación Española del Corazón. 2016 [cited 2017 Dec 1]. Available from: <http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/hipertension-tension-alta.html>
2. Menéndez E, Delgado E, Fernández-Vega F, Prieto MA, Bordiú E, Calle A, et al. Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Di@bet.es. Rev Española Cardiol. 2016;69(6):572–8.
3. Sosa-Rosado JM. Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. An la Fac Med. 2010;71(4):241–4.
4. Guía de práctica clínica sobre hipertensión arterial. Osakidetza. 2007;
5. OMS. Información general sobre la hipertensión en el mundo. OMS. 2013;1–39.
6. La hipertensión mata cada año a 7,5 millones de personas en el mundo [Internet]. Fundación Española del Corazón. 2013 [cited 2017 Nov 22]. Available from: <http://www.fundaciondelcorazon.com/prensa/notas-de-prensa/2567-hipertension-mata-cada-ano-a-75-millones-de-personas-en-el-mundo.html>
7. Día Mundial de la Salud 2013 – control de la hipertensión. WHO [Internet]. 2013 [cited 2017 Nov 22]; Available from: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2013/es/>
8. UGT Catalunya. Riesgo cardiovascular en delegados de prevención de la Unión General de Trabajadores de Cataluña. Fund para la prevención riesgos laborales. 2016;
9. Presentación del estudio CARDIOTENS II [Internet]. Sociedad Española de Cardiología. 2010 [cited 2017 Dec 2]. Available from: <https://secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/notas-de-prensa-sec/2872-presentacion-del-estudio-cardiotens-ii>
10. Bolcan. Actualización en el tratamiento de la hipertensión arterial. Boletín Canar uso Racion del Medicam del SCS. 2011;3:1–8.
11. Roca-Cusachs A. Hipertensión arterial y política de salud en Cataluña: de la

- teoría a la práctica. *Med Clin (Barc)*. 2012;138(15):678–83.
12. Menéndez Torre E. Mapa de la HTA en España: El estudio Di@bet.es [Internet]. *Revista Española de Cardiología*. 2016 [cited 2017 Nov 22]. Available from: <https://secardiologia.es/multimedia/blog/rec/7607-mapa-de-la-hta-en-espana-el-estudio-di-bet-es-2>
  13. Bragulat E, Antonio M. Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial: fármacos antihipertensivos. *Med Integr*. 2001;37(5):215–21.
  14. Osakidetza. Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial. *Inf Farmacoter la Comarc*. 2015;23:33.
  15. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Bohm M, et al. The task force for the management of arterial hypertension of the european society of hypertension (ESH) and of the european society of cardiology (ESC). *J Hypertens*. 2013;31(7):1281–357.
  16. Estrada D, Pujol E, Jiménez L, Salamero M, de la Sierra A. Efectividad de una intervención educativa sobre hipertensión arterial dirigida a pacientes hipertensos de edad avanzada. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012;47(2):62–6.
  17. Nevado A, Bajo J, Benítez M, Dalfó-Baqué A, Egocheaga M, Martín E, et al. Hipertensión arterial (HTA). Estilos de vida y tratamiento no farmacológico. *Inf Digit la Soc Española Med Fam y Comunitaria*. 2009;
  18. Rojas CM. Prescripción de ejercicio en pacientes con hipertensión arterial. *Revisión Costarric Cardiol*. 2008;(1):19–23.
  19. Alegre Martín J, Antuña López MB, Aranda Malavés R, Araujo Loperena O, Ardèvol Cuesta J, Badia Díaz E, et al. Guia de prescripció d'exercici físic per a la salut (PEFS). General Catalunya. 2007;
  20. Pla AB, Doménech CS, Baqué AD, Vilaubí JMP, Sardiña MD, Cabello MIE, et al. Revisión y valoración de 5 guías de manejo de la hipertensión arterial. *Atención Primaria*. 2004;36(4).
  21. An NGD, Unit d R. Guía de referencia rápida. Hipertensión. NICE Natl Inst Heal Clin Excell. 2011;
  22. Mancia G. Nueva Guía de Hipertensión Arterial de las Sociedades Europeas de

Hipertensión y Cardiología. Guía Eur Hipertens. 2007;22–38.

23. Aram V, Chobanian MD. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Pan Am Heal Organ. 2003;
24. Vartanyan F, Silva H, Avtandilov AG, Borisov KN, Shurandina IS, Pukhaeva AA, et al. Efectos de una intervención educativa en el manejo clínico de los factores de riesgo cardiovascular en atención primaria de salud. Experiencia con Project Globe Consortium en Rusia. [www.fundacioneducacionmedica.org](http://www.fundacioneducacionmedica.org) FEM. 2013;16(3):131–6.
25. Gonzalez A. Fitxa bàsica d'experiència: Pla d'Activitat Física Esport i Salut (PAFES). Pla Salut 2011-2016. 2005;
26. Galindo López MP, Mejía Arias JA, Ossa Zuluaga JC, Restrepo Urrego LF, Aristizábal JF, Castaño Castrillón JJ. Intervención educativa sobre factores de riesgo para hipertensión arterial en grupos familiares de un barrio de la ciudad de Manizales; Educative intervention on. Arch med. 2006;38–50.
27. Martín CR, Sánchez CC, Ortiz LG, Recio JI, Castaño Y, Ángel M, et al. Eficacia e una intervención educativa grupal sobre cambios en los estilos de vida en hipertensos en atención primaria: un ensayo clínico aleatorio. Rev Esp Salud Publica. 2009;83:441–52.
28. Susana D, Montes M, Rodríguez DO, Gómez RV. Intervención educativa para el control de la hipertensión arterial. <http://www.revcalixto.sld.cu>. 2016;4(3):7–14.
29. Palma Gámiz JL. Un teléfono móvil para cardiopatas [Internet]. Fundación Española del Corazón. 2012 [cited 2018 Apr 18]. Available from: <http://www.fundaciondelcorazon.com/corazon-facil/blog-impulso-vital/2459-telefono-movil-para-cardiopatas.html>
30. Sesión informativa para pacientes sobre hábitos de alimentación [Internet]. EHRICA. 2018 [cited 2018 Apr 16]. Available from: <http://www.ehrica.org/wp-content/uploads/2016/01/habitosalimentacion.pdf>
31. Valenzuela A, Solórzano F, Valenzuela A, Durán L, Ponce S, Oropeza P, et al. Recomendaciones de la guía de práctica clínica de hipertensión arterial en el primer nivel de atención. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2016;54(2):249–60.

32. ¿Qué es la dieta mediterránea? [Internet]. Fundación Dieta Mediterránea. 2010 [cited 2018 May 10]. Available from: <https://dietamediterranea.com/nutricion-saludable-ejercicio-fisico/>
33. Healthwise. Alimentación saludable : La dieta DASH - [ Healthy Eating : The DASH Diet ]. CardioSmart Am Coll Cardiol. 2011;11:2.
34. España G de. Conoce tu consumo [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2018 [cited 2018 May 6]. Available from: <https://encuestas.msssi.gob.es/limesurvey/index.php/464684?lang=es>
35. España G de. Cuánto bebo [Internet]. Ministerio de Sanidad , Servicios Sociales e Igualdad. 2018 [cited 2018 May 6]. Available from: <https://encuestas.msssi.gob.es/limesurvey/index.php/481849>

## 8. ANEXOS

- **Anexo I: tratamiento farmacológico para pacientes con HTA (31)**

**Cuadro I** Tratamiento farmacológico para pacientes con hipertensión arterial

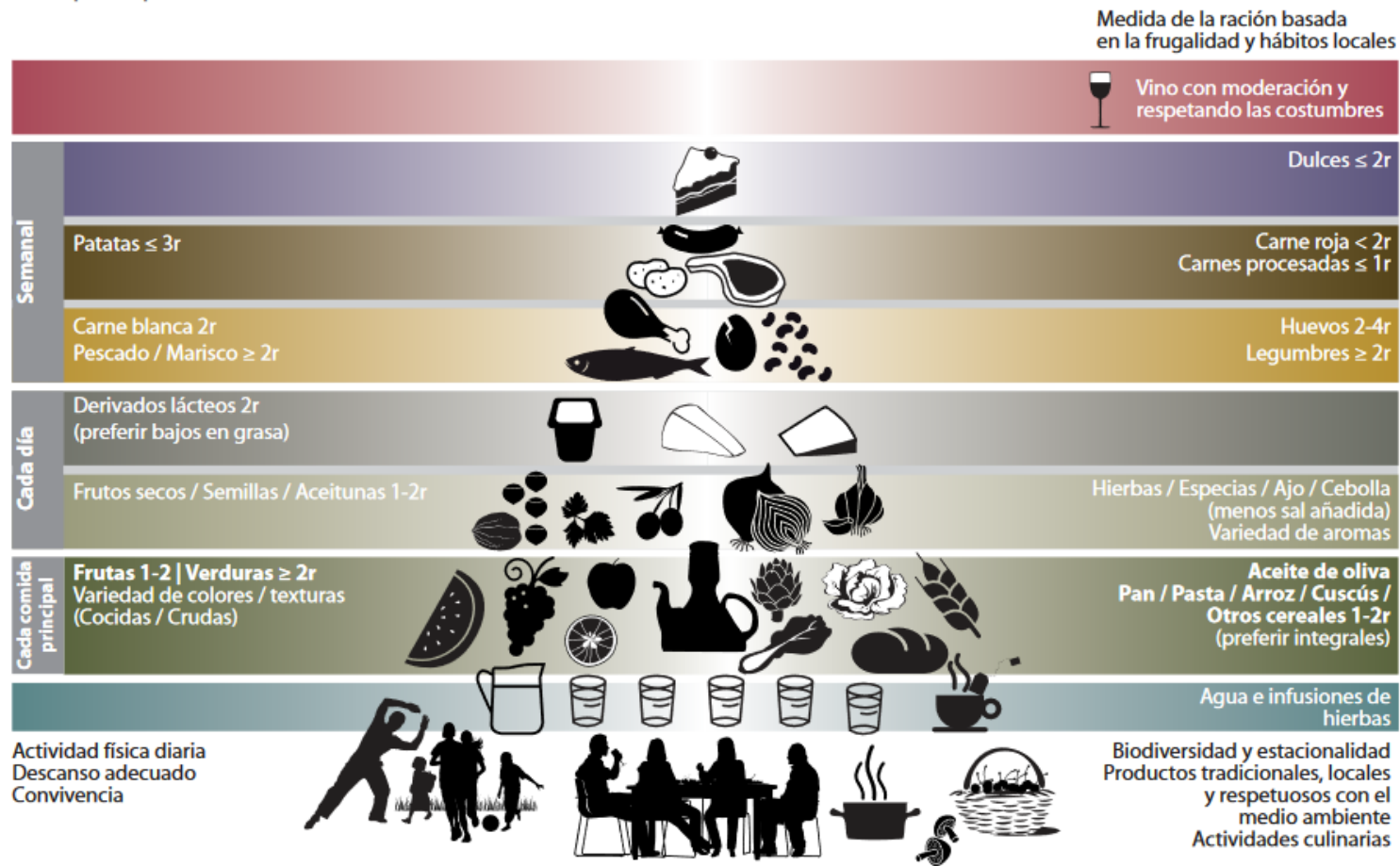
Sin condiciones especiales	Condición	Meta recomendada (control)	Terapia recomendada
	Hipertensión arterial diastólica con o sin hipertensión sistólica > 140/90 mmHg	< 140/90 mmHg	Diuréticos tiazídicos,* IECA o ARA II, CaA, Beta-B
	Hipertensión arterial sistólica aislada		Diuréticos tiazídicos,* ARA II, CaA
	Persona adulta mayor con sistólica aislada (en ausencia de insuficiencia cardíaca)	> 80 años < 150 mmHg	Diuréticos CaA
	Diabetes mellitus con micro albuminuria, enfermedad renal, cardiovascular y otros factores de riesgo	< 130/80 mmHg	IECA o ARA II
	Diabetes mellitus no incluida en la categoría anterior		IECA o ARA II CaA Diuréticos tiazídicos*
	Síndrome metabólico	< 140/90 mmHg	IECA o ARA II, CaA
Con condiciones especiales	Coronariopatía		IECA o ARA II
	Enfermedad cardiovascular		
	Angina estable		Beta-B
	Infarto del miocardio reciente		Beta-B, IECA (ARA II en caso de intolerancia a IECA)
	Insuficiencia cardíaca	< 140/90 mmHg	Diuréticos (de asa o ahorrador de potasio), Beta-B, IECA (ARA II en caso de intolerancia a IECA)
	Insuficiencia renal	< 130/80 mmHg	IECA o ARA II IECA o ARA II
	Nefropatía no diabética con proteinuria	< 140/90 mmHg	IECA o ARA II, Diuréticos

Fuente: Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2016;54(2):249-60

- Anexo II: Dieta Mediterránea (32)

## Pirámide de la Dieta Mediterránea: un estilo de vida actual

Guía para la población adulta



Fuente: <https://dietamediterranea.com/>

- **Anexo III: dieta DASH (33)**

La dieta DASH viene del inglés "Dietary Approaches to Stop Hypertension" (estrategias dietéticas para detener la hipertensión) y es un plan de alimentación que ayuda a bajar las cifras de PA. Se basa en comer frutas, verduras, grasas saludables y productos lácteos sin o bajos en grasa.

Siga estas pautas para disminuir su presión arterial:	
Leche semidescremada o descremada o productos lácteos bajos en grasa o sin grasa	2 a 3 porciones al día. (Una porción es 8 onzas de leche, 1 taza de yogur o 1½ onzas de queso).
Frutas	4 a 5 porciones al día. (Una porción es 1 fruta mediana, ½ taza de fruta cortada o enlatada, 4 onzas [½ taza] de jugo de fruta o 1/4 taza de fruta seca). Elija la fruta con mayor frecuencia que el jugo de fruta.
Verduras	4 a 5 porciones al día. (Una porción es 1 taza de lechuga o verduras de hojas crudas, ½ taza de verduras cortadas o cocidas, o 4 onzas [½ taza] de jugo de verduras). Elija las verduras con mayor frecuencia que el jugo de verduras.
Granos integrales	6 a 8 porciones al día. (Una porción es 1 rebanada de pan, 1 onza de cereal seco, o ½ taza de arroz cocido, pasta o cereal cocido). Elija los productos de granos enteros tanto como sea posible.
Carne magra, aves, pescado	2 o menos porciones al día. (Una porción es 3 onzas, más o menos el tamaño de una baraja de naipes).
Legumbres, nueces, semillas	4 a 5 porciones a la semana. (Una porción es 1/3 taza de nueces, 2 cucharadas de semillas, o ½ taza de frijoles o chícharos [arvejas] secos cocidos).
Grasas y aceites	2 a 3 porciones al día. (Una porción es 1 cucharadita de margarina blanda o aceite vegetal, 1 cucharada de mayonesa o 2 cucharadas de aderezo para ensaladas).
Dulces y azúcar agregado	5 o menos porciones a la semana. (Una porción es 1 cucharada de azúcar o mermelada, ½ onza de gomitas ("jelly beans") [más o menos 20] o 1 taza de limonada).

- **Anexo IV: cuestionario “Estilo de Vida Saludable”**

Edad: ..... Sexo: H ☐ M ☐ Peso: ..... Altura: ..... IMC: .....

1. ¿Hace cuánto que fue usted diagnosticado/a de HTA?

- Menos de un año ☐
- Entre 1 y 5 años ☐
- Más de 5 años ☐

2. ¿Toma alguna medicación para tratarla?

- No ☐
- Sí ☐
  - o ¿Cuál(es)? .....

3. ¿En qué rango se encuentra su IMC? (A responder por el enfermero)

- Normal (19-25) ☐
- Sobrepeso (25-30) ☐
- Obesidad (>30) ☐

4. ¿Con qué frecuencia realiza ejercicio físico?

- Nunca ☐
- Menos de 3 días a la semana ☐
- Más de 3 días a la semana ☐
- Cada día ☐



5. Se recomienda que los adultos realicen 150 minutos de actividad física moderada o 75 minutos de actividad física intensa por semana. ¿Cumple usted esta recomendación?

- Sí ☐
- Casi lo cumplo ☐
- La mitad aproximadamente ☐
- Menos de la mitad ☐
- No ☐

6. ¿Con qué frecuencia consume alcohol?

- Nunca ☐
- Una o dos veces al mes ☐
- De 2 a 4 veces al mes ☐
- 2-3 veces a la semana ☐
- 4 o más veces a la semana ☐

7. Cuando consume, ¿qué tipo de bebida alcohólica acostumbra a tomar?

- Cerveza/caña ☐
- Copa de vino ☐
- Vaso de sidra ☐
- Chupito licor/anís/pacharán ☐
- Vermut ☐
- Copa whisky/coñac ☐
- Cubata con refresco ☐

8. Cuando consume, ¿cuántas bebidas alcohólicas se toma?

- 1-2 ☐
- 3-4 ☐
- 5-6 ☐
- 7-9 ☐
- 10 o más ☐

9. ¿Es usted fumador de tabaco?

- No ☐
- Sí ☐

10. En caso de que haya contestado "sí" en la anterior pregunta, ¿cuántos cigarrillos fuma al día?

- Menos de 11 ☐
- Entre 11 y 20 ☐
- Entre 21 y 30 ☐
- Más de 30 ☐

11. ¿Usted añade sal a los alimentos de manera habitual?

- Sí ☐
- No ☐

12. ¿Cuántas raciones de frutas y verduras consume al día?

- Mínimo 5 ☐
- Entre 3 y 4 ☐
- Menos de 3 ☐
- Ninguna ☐

13. ¿Sigue alguna dieta específica? .....

- **Anexo V: encuesta de satisfacción**

1. Antes de comenzar con el proyecto, ¿qué esperaba?
2. ¿Ha cumplido con sus expectativas?
3. ¿Participar en este proyecto ha sido útil para usted? Es decir, ¿le ha ayudado a cambiar y/o mejorar su estilo de vida?
4. ¿Le gustaría destacar algo en particular? Aspectos positivos y negativos.
5. ¿Recomendaría participar en este proyecto a otros pacientes?
6. Por último, de cara a una nueva edición, ¿qué aspectos cree que se pueden mejorar?

• **Anexo VI: cuestionario “¿Cuál es tu consumo?” (34)**

1. ¿Qué fumas?

- Cigarrillos ☐
- Cigarrillos de tabaco de liar ☐
- Puros ☐
- Pipas ☐
- Otros productos ☐

2. ¿Cuánto fumas?

- Unidades al día .....
- Unidades de cada paquete .....
- Precio de cada paquete .....
- Desde hace (años) .....
- ¿Qué edad tienes? .....

*\*La página calcula cuánto podría ahorrar a la semana, al mes y al año.*

3. ¿Cuántos minutos pasan entre el momento de levantarte y fumarte el primer cigarrillo?

- 5 o menos ☐
- De 6 a 30 ☐
- De 31 a 60 ☐
- Más de 60 ☐

4. ¿Encuentras dificultad para abstenerte de fumar en lugares donde está prohibido?

- Sí ☐
- No ☐

5. ¿Qué cigarrillo te costaría más abandonar?

- El primero de la mañana ☐
- Otros ☐

6. ¿Cuántos cigarrillos fumas al día?

- Más de 30 ☐
- Entre 21 y 30 ☐
- Entre 11 y 20 ☐
- Menos de 11 ☐

7. ¿Fumas más durante las primeras horas de la mañana que durante el resto del día?

- Sí ☐
- No ☐

8. ¿Fumas cuando no te encuentras bien o cuando estás enfermo?

- Sí ☐
- No ☐

9. ¿En qué situaciones fumas?

- Es lo primero que hago por la mañana ☐
- Cuando estoy nervioso/a ☐
- Cuando siento que lo necesito (que tengo muchas ganas) ☐
- Me ayuda a mantener mi peso ☐
- En los descansos del trabajo ☐
- Cuando fuman otros a mi alrededor ☐
- En el coche, cuando hay tráfico ☐
- Después de la comida ☐
- Cuando bebo alcohol ☐
- Cuando salgo con mis amigos ☐
- Al final de un día de trabajo ☐
- Cuando hablo por teléfono ☐
- Cuando necesito concentrarme o estar atento/a ☐
- Cuando estoy aburrido/a ☐
- Cuando me enfado ☐
- Cuando me siento triste o sin ganas ☐
- Para afrontar el estrés ☐

10. ¿Has pensado en dejar de fumar?

- Sí, en los próximos 30 días ☐
- Sí, en los próximos 6 meses ☐
- Quizá más adelante ☐
- No quiero dejar de fumar ☐
















11. Tus razones para dejar de fumar:

- Por mi salud ☐
- Por mi familia ☐
- Para ahorrar ☐
- Porque me lo ha recomendado el médico ☐
- Porque quiero ser un buen ejemplo para mis hijos ☐
- Porque quiero tener un buen aspecto físico ☐
- Para sentirme mejor conmigo mismo/a ☐
- Para probarme que puedo hacerlo ☐
- Porque odio que el tabaco me controle ☐
- Otras .....

*\*Al finalizar el cuestionario aparece un informe con recomendaciones según las respuestas*

• **Anexo VII: cuestionario “Cuánto bebo” (35)**

Unidades

	Cerveza - Caña o quinto	<input type="text"/>		Pacharán - Chupito	<input type="text"/>
	Cerveza - Tercio	<input type="text"/>		Vermut	<input type="text"/>
	Vino tinto - Copa	<input type="text"/>		Jerez - Copa	<input type="text"/>
	Vino blanco o Cava	<input type="text"/>		Whisky - Copa	<input type="text"/>
	Sidra - Vaso	<input type="text"/>		Cañac - Copa	<input type="text"/>
	Vino dulce - Vaso	<input type="text"/>		Cubata con refresco - Copa	<input type="text"/>
	Licor - Chupito	<input type="text"/>		Gin tonic - Copa	<input type="text"/>
	Anís - Chupito	<input type="text"/>			

1 UBE (Unidad de Bebida Estándar) = 10 gramos de alcohol puro

Tu consumo ha sido de:



0 UBEs



0 calorías



Tendrás que caminar  
aproximadamente 0 minu-  
tos a 5 km/h

\* **Selecciona**



Hombre



Mujer

Fuente: <http://www.estilosdevidasaludable.msssi.gob.es/>